

**HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DENGAN
PERAWATAN BERULANG PASIEN GANGGUAN JIWA
DI RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH (RSKD)
PROVINSI SULAWESI SELATAN**



SKRIPSI

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Meraih Gelar Sarjana
Keperawatan Jurusan Keperawatan Pada Fakultas Ilmu
Kesehatan UIN Alauddin Makassar

Oleh

N U R S I A

NIM: 70300107072

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UIN ALAUDDIN MAKASSAR
2011**

UIN Alauddin Makassar

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Dengan penuh kesadaran, penyusun yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa skripsi ini benar adalah hasil karya penyusun sendiri. Jika di kemudian hari terbukti bahwa ini merupakan duplikat, tiruan, plagiat, atau di buat oleh orang lain, sebagian atau seluruhnya, maka skripsi dan gelar yang diperoleh karenanya batal demi hukum.

Makassar, 11 Juli 2011

Penulis



Nursia

NIM: 70300107072



UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
M A K A S S A R

PENGESAHAN SKRIPSI

Skripsi yang berjudul “ Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Perawatan Berulang Pasien Gangguan Jiwa di Rumah Sakit Khusus Dacrah (RSKD) Provinsi Sulawesi Selatan” yang disusun oleh **Nursia**, Nim: **70300107072**, mahasiswa Prodi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan, telah di uji dan dipertahankan dalam sidang *Munqasyah* yang diselenggarakan pada hari Senin tanggal **11 Juli 2011 M**, bertepatan dengan **09 Sya'ban 1432 H**, dinyatakan telah dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (dengan berbagai perbaikan).

Makassar, 11 Juli 2011 M
09 Sya'ban 1432 H

DEWAN PENGUJI

Ketua : Sukriyadi, S. Kep, Ns, M. Kes
Sekretaris : Muh. Hamka, S. Kep, Ns
Penguji I : Topan Arif Wibowo, S. Kep, Ns, M. Kes
Penguji II : Muhsin Mahfud, S. Ag., M. Ag

Diketahui Oleh :

Plt. Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan

UIN Alauddin Makassar

Prof. Dr. H. Ahmad M. Sewang, MA.
NIP. 19520811 198203 1 001

UIN Alauddin Makassar

~MOTTO~

*Insya Allah akan ada jalan bagi orang-orang yang mau
berusaha*

*“Barangsiapa yang Allah menghendaki akan memberikan
kepadanya petunjuk, niscaya Dia melapangkan dadanya untuk
(memeluk agama) Islam. dan Barangsiapa yang dikehendaki Allah
kesesatannya. Niscaya Allah menjadikan dadanya sesak lagi
sempit, seelah-selah ia sedang mendaki langit. Begitulah Allah
menimpakan siksa kepada orang-orang yang tidak beriman.
(Q.S. Al-An'am/6: 125)”*

KATA PENGANTAR



Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Allah SWT dengan rahmat, taufik-Nyalah sehingga Skripsi dengan judul "Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Perawatan Berulang Pasien Gangguan Jiwa di Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Provinsi Sulawesi Selatan" ini dapat terselesaikan.

Sembah Sujudku kepada Ayahanda (Alm) Ahmad Umar, Ibunda tercinta Jaisah dan kakakku yang tersayang Habibah atas segala pengorbanan, kesabaran, limpahan kasih sayang, bimbingan serta doa restunya dalam membesarkan, dan mendidik penulis hingga saat ini, sehingga menjadikan motivasi terbesar dalam hidup penulis. Terima kasih juga buat kakak-kakakku tersayang : "Ismail sekeluarga, Nurhaedah sekeluarga, Nurlela sekeluarga, Suriani, Sabrianto serta Abdul. Kadir yang menjadi sumber inspirasi bagi penulis sehingga dapat menyelesaikan Skripsi ini. Tidak lupa pula ucapan sayang dan terima kasih buat ponakan-ponakanku Andi Sarni, Andi Devi, Muh. Zakwan, Muh. Nur Ramadhan, Muh. Rizky Aditya, Dimas Zulfahri Ismail dan Nazwa Sadila Alfiatunnur yang turut mendoakan aku hingga saat ini.

Perkenankan juga penulis menyampaikan penghargaan dan rasa terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada bapak Sukriyadi, S. Kep. Ns, M. Kes dan Muh. Hamka S. Kep. Ns, selaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran, dan keikhlasan meluangkan waktu, tenaga, dan pikirannya untuk memberi perhatian dan bimbingan kepada penulis mulai dari awal hingga akhir penyusunan Skripsi ini. Juga kepada Ns. Topan Arif Wibowo, S. Kep. M. Kes dan Muhsin Mahfud, S. Ag. M. Ag yang bersedia meluangkan waktunya untuk membimbing penulis.

Pada Kesempatan ini pula penulis ingin menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat :

1. Bapak Prof. DR. H. A. Qadir Gassing HT., M.S. selaku Rektor beserta Pembantu Rektor I, II, dan III UIN Alauddin Makassar.
2. Bapak Prof. Dr. H. Ahmad M. Sewang, MA. selaku Plt. Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan beserta Pembantu Dekan I, II, dan III UIN Alauddin Makassar.
3. Ibu Nurhidayah, S, Kep. Ns., M. Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar.
4. Seluruh dosen dan staf Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar, yang telah banyak memberikan ilmu pengetahuan kepada penulis. Spesial buat Ibu Ani Auli Ilmi, S, Kep. Ns, terima kasih motivasinya Ners.
5. Terima Kasih kepada seluruh pegawai dalam lingkungan Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar.
6. Direktur Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Provinsi Sulawesi Selatan.

UIN Alauddin Makassar

7. Ketua Bidang Keperawatan Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Provinsi Sulawesi Selatan.
8. Kepala Ruangan UGD Meranti dan Mahoni Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Provinsi Sulawesi Selatan yang telah memberi kemudahan kepada penulis selama proses penelitian.
9. Terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Ibu Hj. Suriati sekeluarga dan Bapak Sudirman Sekeluarga yang telah mendorong dan memberi semangat kepada saya agar melanjutkan kuliah serta membantu saya sampai saat ini. Saya tidak akan lupa dengan ibu dan bapak!
10. Spesial buat kakanda Ilham, kakanda Rahma, Om Haris sekeluarga dan Made' Rita sekeluarga. Terima kasih atas segala nasehat-nasehat dan motivasinya yang bermanfaat dalam hidupku.
11. Mulhaeriah Anwar, S. Kep. Ns dan kakak Uli terima kasih telah menganggap aku adik selama di pondok FM dan segala motivasi-motivasinya. Serta Badariah sebagai adik yang telah bersama-sama dalam suka maupun duka.
12. Terima kasih pula buat kakak Evi dan Eka atas bantuannya selama saya menyusun skripsi ini.
13. Teman-teman Alumni SMA 1 Patampanua Dwy, Hamnan, Ira, Anty, Kiky, Diana, Nina, Hendra, Abdullah, Andi dan teman yang tidak bisa saya sebutkan semuanya. Syukran Jazakillah atas Dukungan dan Doanya.
14. Sahabat-sahabatku Fira, Qyah, Emil, Maya, dan Raja Intang. Terima kasih atas segala motivasi dan bantuannya selama ini. Serta semua teman-teman

Keperawatan angkatan 2007 yang ikut memberikan semangatnya. Terima Kasih !

15. Terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Kakanda Aswan yang telah membantu saya saat di RSKD Provinsi Sul-Sel. Buat Kakanda Ipho Terima Kasih kanda semangat, perhatian, dukungan dan nasehat-nasehatnya selama ini. Serta semua teman-teman KSR PMI Unit 107 UIN Alauddin Makassar yang tidak bisa penulis sebutkan namanya.

16. Terima Kasih buat keluarga besar *SPSS Girls* (Badariah, Kanda Milda, Intang, Qyah, Ani, Novi, Asul, Ifa, Citra, Husni), kebersamaan kita akan selalu terkenang "Don't Forget Me".

Akhirnya kepada semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan namanya satu persatu. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu dengan segala kerendahan hati penulis bersedia menerima kritik dan saran yang sifatnya membangun sebagai upaya penyempurnaan skripsi ini. Semoga semua karya kita bernilai ibadah di sisi-Nya. Dan semoga skripsi ini bermanfaat bagi kita semua. Amin.

Makassar, 11 Juni 2011

N U R S I A

UIN Alauddin Makassar

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
ABSTRAK	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Umum Tentang Keluarga	6
B. Tinjauan Umum Tentang Skizofrenia	11
C. Tinjauan Umum tentang Dukungan Keluarga	24
BAB III KERANGKA KONSEP	
A. Kerangka Konsep Penelitian	35
B. Variabel Penelitian	35
C. Hipotesis Penelitian	39
BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Jenis Penelitian	41
B. Populasi dan Sampel	41
C. Teknik <i>Sampling</i>	42
D. Pengumpulan Data	42
E. Pengolahan dan Analisis Data	47

F. Penyajian Data	48
G. Jadwal Penelitian	48
H. Etika Penelitian	48
 BAB V HASIL DAN PENELITIAN	
A. Hasil Penelitian	50
B. Pembahasan	62
 BAB VI PENUTUP	
A. Kesimpulan	74
B. Saran	74
DAFTAR PUSTAKA	76
RIWAYAT PENULIS	79
LAMPIRAN	80



DAFTAR TABEL

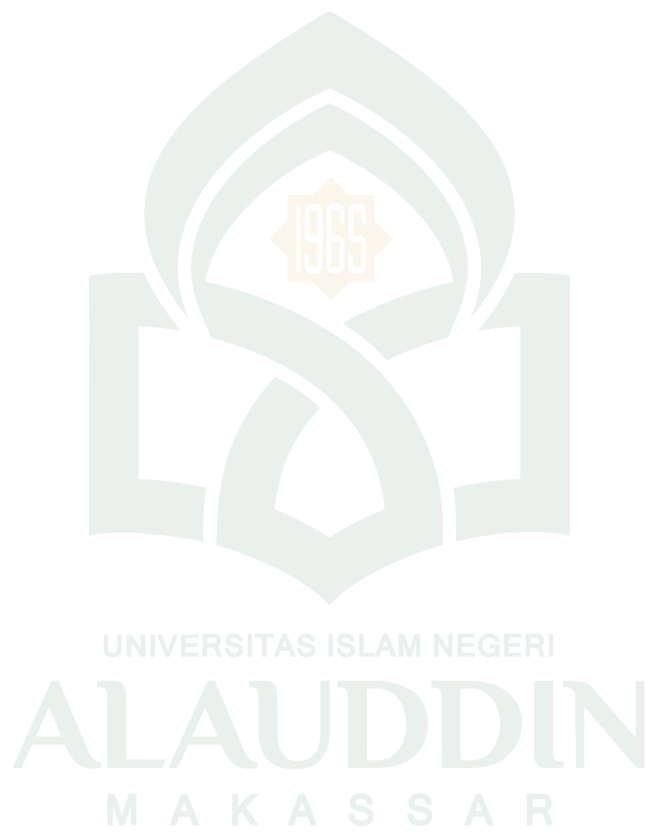
Halaman

Tabel 5.1	: Distribusi Frekuensi dan Persentase Karakteristik Responden di RSKD Provinsi Sul-Sel	51-52
Tabel 5.2	: Distribusi Frekuensi dan Persentase Dukungan Emosional Pasien Gangguan Jiwa di RSKD Provinsi Sul-Sel	53
Tabel 5.3	: Distribusi Frekuensi dan Persentase Dukungan Penghargaan Pasien Gangguan Jiwa di RSKD Provinsi Sul-Sel	53
Tabel 5.4	: Distribusi Frekuensi dan Persentase Kejadian Perawatan Berulang Pasien Gangguan Jiwa di RSKD Provinsi Sul-Sel	54
Tabel 5.5	: Distribusi Frekuensi dan Persentase Dukungan Instrumental Pasien Gangguan Jiwa di RSKD Provinsi Sul-Sel	55
Tabel 5.6	: Distribusi Frekuensi dan Persentase Dukungan Keluarga Pasien Gangguan Jiwa di RSKD Provinsi Sul-Sel	55
Tabel 5.7	: Distribusi Frekuensi dan Persentase Kejadian Perawatan Berulang Pasien Gangguan Jiwa di RSKD Provinsi Sul-Sel	56

Tabel 5.8 : Tabulasi Silang antara Dukungan Emosional dengan Perawatan Berulang Pasien Gangguan Jiwa di RSKD Provinsi Sul-Sel	58
Tabel 5.9 : Tabulasi Silang antara Dukungan Penghargaan dengan Perawatan Berulang Pasien Gangguan Jiwa di RSKD Provinsi Sul-Sel	59
Tabel 5.10 : Tabulasi Silang antara Dukungan Informatif dengan Perawatan Berulang Pasien Gangguan Jiwa di RSKD Provinsi Sul-Sel	60
Tabel 5.11 : Tabulasi Silang antara Dukungan Instrumental dengan Perawatan Berulang Pasien Gangguan Jiwa di RSKD Provinsi Sul-Sel	61
Tabel 5.12 : Tabulasi Silang antara Dukungan Keluarga dengan Perawatan Berulang Pasien Gangguan Jiwa di RSKD Provinsi Sul-Sel	62

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 3.1 : Kerangka Konsep Penelitian	35
Gambar 4.1 : Alur Penelitian	46



ABSTRAK

NAMA : NURSIA
NIM : 70300107072
JURUSAN : S1 KEPERAWATAN
JUDUL : HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PERAWATAN BERULANG PASIEN GANGGUAN JIWA DI RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH (RSKD) PROVINSI SULAWESI SELATAN

Skizofrenia merupakan penyakit gangguan jiwa kronis dan relaps ditandai dengan ketidakmampuan seseorang untuk berfungsi dalam kehidupan sehari-hari. Salah satu faktor pendukung berhasilnya pengobatan pasien gangguan jiwa adalah adanya dukungan dari orang-orang sekitarnya terutama keluarga yang merupakan unit paling terdekat dari pasien. Banyaknya pasien gangguan jiwa yang mengalami perawatan berulang di Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Provinsi Sulawesi Selatan menyebabkan peneliti ingin mengetahui salah satu faktor penyebab kejadian tersebut, oleh karena itu peneliti melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dengan perawatan berulang pasien gangguan jiwa di RSKD Provinsi Sul-Sel.

Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian *Cross Sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga yang memiliki anggota penderita gangguan jiwa di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *accidental sampling* dengan jumlah sampel 35. Instrumen penelitian ini terdiri dari kuesioner data demografi, dukungan keluarga dan Perawatan berulang. Pengolahan data dengan uji statistik regresi berganda menggunakan *SPSS Versi 17,00* dan disajikan dalam bentuk tabel dan narasi. Berdasarkan hasil penelitian menggunakan regresi berganda dengan tingkat kemaknaan (α) 0,05 menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan keluarga terhadap perawatan berulang pasien gangguan jiwa dengan nilai signifikansi ((p) 0,217), tidak ada hubungan antara dukungan emosional terhadap perawatan berulang pasien gangguan jiwa dengan nilai signifikansi ((p) 0,988), tidak ada hubungan antara dukungan penghargaan terhadap perawatan berulang pasien gangguan jiwa dengan nilai signifikansi ((p) 0,588), tidak ada hubungan antara dukungan informatif terhadap perawatan berulang pasien gangguan jiwa dengan nilai signifikansi ((p) 0,266), tidak ada hubungan antara dukungan instrumental terhadap perawatan berulang pasien gangguan jiwa dengan nilai signifikansi ((p) 0,754).

Tetapi berdasarkan Tabel Tabulasi Silang antara Dukungan Keluarga dengan Perawatan Berulang Pasien Gangguan Jiwa, menggambarkan bahwa dari 12 orang yang mendapatkan dukungan keluarga kurang, 10 orang (83,3%) yang mengalami perawatan berulang tinggi dan 2 orang (16,7%) yang mengalami perawatan berulang rendah. Sedangkan yang jarang kambuh (perawatan berulang rendah) sebanyak 10 orang, lebih banyak yang berasal dari dukungan keluarga baik yaitu 8 orang (80%) dibandingkan dengan yang mendapatkan dukungan keluarga kurang yaitu 2 orang (20%). Ini menunjukkan bahwa dukungan keluarga merupakan salah satu faktor yang dapat menyebabkan terjadinya perawatan berulang pada pasien gangguan jiwa.

Diharapkan keluarga dapat memberikan dukungan yang optimal, mengontrol konsumsi obat-obatan pasien dan mengajarkan untuk senantiasa berdzikir kepada Allah tidak hanya dengan mengingat tetapi disertai dengan ucapan dan tingkah laku. Karena dengan berdzikir hati menjadi tenteram. Untuk penelitian lebih lanjut tentang perawatan berulang pasien gangguan jiwa dengan tetap memperhatikan faktor-faktor lain (pasien, dokter, penanggung jawab pasien dan lingkungan sekitarnya (Masyarakat)) serta dengan jumlah sampel yang lebih besar sehingga didapatkan faktor-faktor apa saja yang dapat mencetuskan kekambuhan sehingga perawatan berulang dapat diminimalkan dengan baik.

Kata Kunci : Dukungan Keluarga, Gangguan Jiwa, Perawatan berulang

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Proses globalisasi dan pesatnya kemajuan teknologi informasi memberi dampak terhadap nilai-nilai sosial dan budaya masyarakat. Sementara tidak semua orang mempunyai kemampuan yang sama untuk menyesuaikan dengan berbagai perubahan tersebut. Akibatnya, gangguan jiwa saat ini telah menjadi masalah kesehatan global. (Depkes RI, 2008)

Kesehatan jiwa (*mental health*) menurut pengertian ilmu kedokteran pada saat ini adalah suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual, dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu berjalan selaras dengan orang lain. Makna kesehatan jiwa adalah seseorang memiliki sifat-sifat yang harmonis (serasi) dan memperhatikan semua segi dalam kehidupannya dan dalam hubungannya dengan orang lain. (Admin, 2008)

Gangguan jiwa adalah kumpulan dari keadaan-keadaan yang tidak normal, baik yang berhubungan dengan fisik, maupun dengan mental. Hal ini akan membuat seseorang melakukan sesuatu yang tidak disadarinya yang dapat mengakibatkan terjadinya penyimpangan-penyimpangan di luar akal sehat.

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia / WHO (*World Health Organisation*), masalah gangguan kesehatan jiwa di seluruh dunia sudah

menjadi masalah yang sangat serius. WHO menyatakan paling tidak ada satu dari empat orang di dunia mengalami masalah mental, diperkirakan ada sekitar 450 juta orang di dunia yang mengalami gangguan kesehatan jiwa. (Yulian, 2008).

Terjadinya peningkatan jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia saat ini, menurut data Departemen Kesehatan tahun 2007, mencapai lebih dari 28 juta orang (AN, 2010) dan hasil studi Bahar dkk (Prabowo, 2010) penderita kesehatan jiwa di Indonesia sebesar 18,5% artinya dari 1000 penduduk terdapat sedikitnya 185 penduduk dengan gangguan kesehatan jiwa atau tiap rumah tangga terdapat seorang anggota keluarga yang menderita gangguan kesehatan jiwa. Jika hasil studi ini dapat dijadikan dasar, maka tidak dapat dipungkiri bahwa telah terjadi peningkatan angka gangguan kesehatan jiwa atau gangguan emosional yang semula berkisar antara 20 sampai 60 per 1000 penduduk, seperti yang tercantum pada sistem kesehatan nasional. Skizofrenia dalam masyarakat umum terdapat 0,2 sampai 0,8%. Bila diproyeksikan dengan jumlah penduduk Indonesia yang lebih kurang 200 juta jiwa tahun 1997, maka jumlah penduduk yang mengalami skizofrenia ada 400 ribu sampai 1,6 juta orang.

Tidak jarang penderita yang mengalami gangguan kejiwaan sering keluar masuk rumah sakit karena mengalami kekambuhan. Faktor yang memicu sebagai pencetus kekambuhan bermacam-macam mulai dari faktor lingkungan, keluarga, timbulnya penyakit fisik yang diderita, maupun faktor

dari dalam individu sendiri tersebut. Keluarga dan lingkungan memiliki andil besar dalam mencegah kekambuhan penderita gangguan kejiwaan.

Angka kekambuhan skizofrenia mengalami kenaikan pada dua bulan terakhir tahun 2007. Tingginya angka kekambuhan pada skizofrenia disebabkan karena oleh beberapa faktor, salah satu faktor yang berperan sangat penting adalah hubungan pasien dengan keluarga. Menurut hasil Penelitian *Vaugh* di Inggris dan *Snyder* di Amerika Serikat (Prabowo, 2010) memperlihatkan bahwa keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi (bermusuhan, mengkritik) diperkirakan kambuh dalam waktu 9 bulan. Hasilnya 57% kembali dirawat dari keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi dan 17% kembali dirawat dari keluarga dengan ekspresi emosi yang rendah.

Di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan yang merupakan satu-satunya rumah sakit jiwa di Sulawesi Selatan mencatat peningkatan jumlah pasien masuk rawat inap pada tahun 2008-2009. Pada tahun 2008 pasien masuk rawat inap berjumlah 2230 sedangkan pada tahun 2009 pasien masuk rawat inap berjumlah 2361. Menurut data *medical record* dari RSKD Provinsi Sulawesi Selatan ditemukan data bahwa pasien yang masuk rata-rata pasien yang mengalami perawatan berulang.

Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti tertarik untuk mengetahui “Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Perawatan Berulang Pasien Gangguan Jiwa”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dan latar belakang masalah tersebut diatas, dapat dirumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut : “ Adakah hubungan antara dukungan keluarga dengan perawatan berulang pasien gangguan jiwa?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Diketahui hubungan antara dukungan keluarga dengan perawatan berulang pasien gangguan jiwa.

2. Tujuan khusus

a. Diketuainya hubungan dukungan Emosional keluarga dengan perawatan berulang pasien gangguan jiwa.

b. Diketuainya hubungan dukungan Penghargaan keluarga dengan perawatan berulang pasien gangguan jiwa.

c. Diketuainya hubungan dukungan Informatif keluarga dengan perawatan berulang pasien gangguan jiwa.

d. Diketuainya hubungan dukungan Instrumental keluarga dengan kejadian perawatan berulang pasien gangguan jiwa.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi rumah sakit

Rumah sakit jiwa sebagai tempat pelayanan kesehatan pasien gangguan jiwa mampu memberikan pelayanan yang maksimal kepada pasien dan keluarganya.

2. Bagi profesi

Hasil penulisan diharapkan dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan dan menjadi sumber acuan dalam memberikan pelayanan keperawatan keluarga.

3. Bagi Peneliti

Merupakan pengalaman berharga dalam memperluas wawasan pengetahuan serta mengaplikasikan ilmu yang telah di dapat sebelumnya.

4. Bagi keluarga pasien

Sebagai bahan masukan untuk perawatan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Keluarga

1. Defenisi

Menurut Friedman, 1998 (dalam Suprajitno, 2004) Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga.

Menurut BKKBN, 1999 (dalam Sudiharto, 2007), Keluarga adalah orang atau lebih yang di bentuk berdasarkan ikatan perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan materil yang layak, bertakwa kepada Allah, memiliki hubungan yang selaras dan seimbang antara anggota keluarga dan masyarakat serta lingkungannya.

Sedangkan menurut Duvall (dalam Mubarak,dkk, 2006), keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari tiap anggota.

Dari berbagai defenisi diatas, keluarga adalah sekumpulan dua orang atau lebih yang terikat oleh aturan yang bertujuan untuk menciptakan dan

meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari tiap anggota.

Disamping itu menurut Akhmadi, 2007, keluarga mempunyai sifat-sifat khusus yaitu :

- a. Universalitas, artinya merupakan bentuk universal dari seluruh organisasi sosial.
- b. Dasar emosional, artinya rasa kasih sayang, kecintaan sampai kebanggaan suatu ras.
- c. Pengaruh yang normatif, artinya keluarga merupakan lingkungan sosial yang pertama-tama bagi seluruh bentuk hidup yang tertinggi, dan membentuk watak daripada individu.
- d. Besarnya keluarga yang terbatas.
- e. Kedudukan yang sentral dalam struktural sosial.
- f. Bertanggung jawab daripada anggota-anggota.
- g. Adanya aturan-aturan sosial yang homogen.

2. Fungsi dan Tugas Kesehatan Keluarga

Menurut Friedman, 1999 (dalam Sudiharto, 2007), fungsi keluarga terbagi atas lima yaitu:

- a. Fungsi afektif, adalah fungsi internal keluarga untuk pemenuhan kebutuhan psikososial, saling mengasuh dan memberikan cinta kasih, serta saling menerima dan mendukung.

- b. Fungsi sosialisasi, adalah proses perkembangan dan perubahan individu keluarga, tempat anggota keluarga berinteraksi sosial dan belajar berperan di lingkungan sosial.
- c. Fungsi reproduksi, adalah fungsi keluarga meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia.
- d. Fungsi ekonomi adalah fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga, seperti sandang, pangan, dan papan.
- e. Fungsi perawatan kesehatan, adalah kemampuan keluarga untuk merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan.

Sedangkan Fungsi Keluarga menurut BKKBN, 1992 (dalam Erfandi, 2008) adalah :

- a. Fungsi keagamaan : memperkenalkan dan mengajak anak dan anggota keluarga yang lain dalam kehidupan beragama, dan tugas kepala keluarga untuk menanamkan bahwa ada kekuatan lain yang mengatur kehidupan ini dan ada kehidupan lain setelah di dunia ini.
- b. Fungsi sosial budaya : membina sosialisasi pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak, meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.
- c. Fungsi cinta kasih : memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian diantara anggota keluarga
- d. Fungsi melindungi : melindungi anak dari tindakan-tindakan yang tidak baik, sehingga anggota keluarga merasa terlindung dan merasa aman

- e. Fungsi reproduksi : meneruskan keturunan, memelihara dan membesarkan anak, memelihara dan merawat anggota keluarga
- f. Fungsi sosialisasi dan pendidikan : mendidik anak sesuai dengan tingkat perkembangannya, menyekolahkan anak, bagaimana keluarga mempersiapkan anak menjadi anggota masyarakat yang baik
- g. Fungsi ekonomi : mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga, pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga, menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga di masa datang
- h. Fungsi pembinaan lingkungan

Adapun Menurut Suliswati, dkk, 2005, fungsi keluarga dalam kesehatan dan Pencegahan gangguan jiwa antara lain :

- a. Fungsi Keluarga dalam Kesehatan jiwa :
 - 1) Pendewasaan kepribadian dari para anggota keluarga
 - 2) Pelindung dan pemberi keamanan bagi anggota keluarga
 - 3) Fungsi sosialisasi yaitu kemampuan untuk mengadakan hubungan antar-anggota keluarga lain/ masyarakat.
- b. Fungsi Keluarga dalam pencegahan gangguan jiwa:
 - 1) Menciptakan lingkungan yang sehat jiwa bagi anggota keluarga.
 - 2) Saling mencintai dan menghargai antar-anggota keluarga.
 - 3) Saling membantu dan memberi antar-anggota keluarga.

- 4) Saling terbuka dan tidak ada diskriminasi.
- 5) Memberi pujian kepada anggota keluarga untuk segala perbuatannya yang baik daripada menghukumnya pada waktu membuat kesalahan.
- 6) Menghadapi ketegangan dengan tenang serta menyelesaikan masalah kritis/ darurat secara tuntas dan wajar.
- 7) Menunjukkan empati serta member bantuan kepada anggota keluarga yang mengalami perubahan perilaku, gangguan pertumbuhan dan perkembangan terlambat serta lansia.
- 8) Saling menghargai dan mempercayai
- 9) Membina hubungan dengan anggota masyarakat lainnya
- 10) Berekreasi bersama anggota keluarga untuk menghilangkan ketegangan dalam keluarga.
- 11) Menyediakan waktu untuk kebersamaan antar-anggota keluarga.

Selain fungsi keluarga diatas, keluarga juga mempunyai tugas dalam masalah kesehatan. Adapun tugas keluarga dalam masalah kesehatan menurut Suliswati, dkk, 2005, adalah:

- a. Mengenal adanya gangguan kesehatan sedini mungkin
- b. Mengambil keputusan dalam mencari pertolongan atau bantuan kesehatan bagi anggota keluarga yang sakit.
- c. Memberi perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, cacat maupun yang tidak sakit tapi memerlukan bantuan.

- d. Menanggulangi keadaan darurat kesehatan
- e. Menciptakan lingkungan keluarga yang sehat.
- f. Memanfaatkan sumber yang ada di masyarakat.

Friedman, 1981 (dalam Anonim, 2008), membagi 5 tugas kesehatan yang harus dilakukan oleh keluarga yaitu :

- a. Mengenai gangguan perkembangan kesehatan setiap anggotanya.
- b. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat.
- c. Memberikan keperawatan kepada anggota keluarganya yang sakit dan yang tidak membantu dirinya karena cacat / usia yang terlalu muda.
- d. Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
- e. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dari lembaga-lembaga kesehatan yang menunjukkan pemanfaatan dengan fasilitas-fasilitas kesehatan yang ada.

B. Tinjauan Umum Tentang Skizofrenia

1. Defenisi Skizofrenia

Di masa lalu skizofrenia (gangguan jiwa) dipandang sebagai kerasukan setan, hukuman karena pelanggaran sosial atau agama, kurang minat atau semangat, dan pelanggaran norma sosial. Penderita gangguan jiwa dianiaya, dihukum, dijauhi, diejek, dan dikucilkan dari masyarakat normal (Videbecks, 2008).

Skizofrenia adalah gangguan pada otak yang menimbulkan gejala kejiwaan berupa sikap, pikiran dan perilaku yang menyimpang. Ini adalah penyakit yang serius, dapat berlangsung lama serta sering terjadi kekambuhan. Bila dibiarkan, penyakit ini dapat mengakibatkan kemunduran dalam berbagai aspek kehidupan sosial penderita (Irmansyah, 2009).

Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku yang aneh dan terganggu (Videbeck, 2008).

Menurut Yarusman, 2007 (dalam Wulansih dan Widodo, 2008) Skizofrenia adalah kekacauan jiwa yang serius ditandai dengan kehilangan kontak pada kenyataan (psikosis), halusinasi, khayalan (kepercayaan yang salah), pikiran yang abnormal dan mengganggu kerja dan fungsi sosial.

2. Tanda dan gejala

Jiwa manusia memiliki karakteristik yang dilengkapi dengan kemampuan dan rahasia yang tinggi. Karakteristik tersebut bisa terlihat dari emosinya, seperti sedih, senang, takut, kecemasan, duka, kegelisahan, kesusahan, dan perasaan-perasaan lain untuk waktu tertentu. Perasaan-perasaan tersebut muncul ketika seseorang menghadapi peristiwa-peristiwa menyakitkan dalam hidupnya karena adanya perubahan kondisi psikologis yang terlihat dari fisiknya, seperti perubahan raut muka, keluar keringat, tertawa, cemberut, dan tanda-tanda lainnya. Terkadang perubahan terjadi

sangat dalam yang dirasakan oleh jiwa seseorang, seperti detak jantung yang bekerja cepat, sesak nafas, dan lain-lain (Masyah, 2009). Allah Swt berfirman sebagai berikut:

Q.S. Al-An'am/6: 125

فَمَنْ يُرِدِ اللَّهُ أَنْ يَهْدِيَهُ يَشْرَحْ صَدْرَهُ لِلْإِسْلَامِ وَمَنْ يُرِدْ أَنْ يُضِلَّهُ يَجْعَلْ
صَدْرَهُ ضَيِّقًا حَرَجًا كَأَنَّمَا يَصْعَدُ فِي السَّمَاءِ كَذَلِكَ تَجْعَلُ اللَّهُ
الرَّجْسَ عَلَى الَّذِينَ لَا يُؤْمِنُونَ (125)

Terjemahannya:

Barangsiapa yang Allah menghendaki akan memberikan kepadanya petunjuk, niscaya Dia melapangkan dadanya untuk (memeluk agama) Islam. dan Barangsiapa yang dikehendaki Allah kesesatannya, niscaya Allah menjadikan dadanya sesak lagi sempit, seolah-olah ia sedang mendaki langit. Begitulah Allah menimpakan siksa kepada orang-orang yang tidak beriman.

Kata (يُشْرَحْ صدره) *yasyrah shadrahu*/melapangkan dadanya adalah gambaran dari penerimaan iman dan Islam. Manusia, apabila percaya bahwa satu aktivitas mempunyai nilai tambah dan manfaat yang banyak, hatinya akan cenderung kepada penambahan nilai dan manfaat yang banyak itu; sedemikian banyaknya sehingga ia memerlukan wadah yang luas. Dari sini, keadaannya dilukiskan sebagai *dilapangkan dadanya*. Rangkaian kedua kata di atas dapat juga berarti *memperjelas* dan *menerangkan* dengan jalan melontarkan ke dalam hatinya cahaya yang melalui cahaya itu dia akan

mengetahui kebenaran dan jelas baginya jalan untuk meraihnya (Shihab, 2002).

Seseorang yang beriman kepada Allah akan menganggap setiap masalah yang dihadapinya sebagai cobaan/ ujian dari Allah Swt. Sehingga Allah melapangkan hatinya untuk bersabar dan memberikannya petunjuk untuk menyelesaikan masalah itu.

Kata (حرج) *haraj* diterjemahkan dengan sesak. Umar Ibn al-Khatthâb ra. pernah berkomentar tentang ayat ini yaitu “Begitulah jiwa seorang kafir, tidak dikunjungi oleh iman dan tidak juga oleh kebajikan” (Shihab, 2002). Orang kafir selalu ingkar kepada Allah, tidak meyakini keberadaan Allah. Seorang kafir jika diajak kepada kebaikan hatinya akan merasa berat seolah-olah dirinya akan melakukan perjalanan yang sulit sehingga dirinya mengalami sesak napas.

Kata (الرِّجْس) *ar-rijs/siksa* pada mulanya berarti kerancuan, labil, dan kekotoran, baik material maupun spiritual. Karena hal tersebut mengakibatkan gangguan, baik fisik maupun jiwa. Sedangkan kata (على) *‘alâ/atas* dalam firman-Nya (يجعل الله الرِّجْسَ عَلَى الَّذِينَ يُؤْمِنُونَ) *Yaj’alu Allâhu ar-rijs ‘alâ alladzîna lâ yu’minûn/menimpakan siksa atas orang-orang yang tidak beriman* dimaksudkan untuk menggambarkan betapa siksa itu telah menguasai dan demikian mantap menyimpannya bagaikan sesuatu yang dating dari atas mengenai kepalanya, bukan mengenai samping kiri atau kanannya (Shihab, 2002)

Ini menjelaskan bahwa keingkaran dan tidak memahami petunjuk-petunjuk Allah Swt akan membawa kesesatan dalam hidup. Begitupun ketika manusia menghadapi suatu peristiwa-peristiwa menyakitkan dalam hidupnya dan tidak menerima peristiwa itu sebagai ujian dari Allah Swt sehingga membuatnya ingkar dan melupakan Allah. Hal inilah yang dapat menyebabkan kondisi kejiwaan lemah. Ketika kondisi seperti itu terus dibiarkan menjadi kebiasaan, pelakunya akan menjadi orang yang selalu bersedih dan terbebani rasa gelisah dan derita sehingga dapat mengakibatkan pelakunya mengalami gangguan jiwa (Skizofrenia).

Ada beberapa tanda dan gejala pasien skizofrenia menurut Irmansyah, yaitu:

a. Halusinasi

Halusinasi adalah persepsi indra yang salah. Panca indra pasien menangkap rangsang atau stimulus yang sesungguhnya tidak ada. Jadi penderita mendengar suara-suara yang tidak ada (halusinasi auditorik), melihat yang tidak nyata (halusinasi visual) merasakan sensasi raba tanpa stimulus (halusinasi *taktil*), mencium bau yang tidak nyata (halusinasi *olfaktorik*) serta merasakan rasa yang aneh (halusinasi pengecap).

Jenis halusinasi yang sering ada pada penderita adalah halusinasi suara. Penderita mendengar suara-suara (halusinasi)

yang mengajak bicara, memerintah, menghasut atau memaki atau pasien seperti objek dari suara-suara yang membicarakannya.

Halusinasi ini pada akhirnya dapat menimbulkan sikap dan perilaku yang menyimpang. Pasien terlihat tertawa atau berbicara sendiri (sebagai respon dari halusinasinya), menjadi pemarah karena merasa terganggu oleh halusinasinya atau bisa berkembang pemikiran yang keliru (delusi) karena pasien sangat percaya dengan apa yang didengarnya.

b. Delusi atau waham

Delusi atau waham adalah kepercayaan atau pemikiran yang salah, tidak sesuai dengan budaya setempat serta sulit dikoreksi. Penderita tetap mempertahankan keyakinannya meskipun tidak didukung oleh bukti apapun atau bahkan bukti-bukti menunjukkan hal sebaliknya. Contoh, penderita yakin ada orang atau kelompok orang yang ingin membunuhnya, sedang dimata-matai atau menjadi korban persekongkolan (waham kejar); penderita merasa dirinya sebagai orang yang sangat penting atau memiliki kekuasaan luar biasa besar, orang terkenal atau sangat dicintai (waham kebesaran); atau merasa dirinya sangat berdosa tidak memiliki apapun di dunia ini sehingga tidak ada gunanya hidup (waham nihilistik).

Waham bisa tersusun sangat sistematis sehingga nampak seolah-olah benar dan membuat keluarga atau orang lain kadang menjadi ikut percaya. Namun banyak waham yang tersusun dengan

sangat aneh dan sangat tidak masuk akal, misalnya sebagai ratu dari jagat raya. Dalam menghadapi waham apapun, keluarga harus tetap bijak dan tidak terpancing untuk terprovokasi, menjadi marah atau menganggap penderita sebagai orang yang menyebalkan.

Waham adalah gejala penyakit, bukan keyakinan penderita yang sesungguhnya. Bila skizofrenia membaik, maka gejala waham ini juga menghilang. Seperti juga halusinasi, waham pada akhirnya dapat menimbulkan sikap dan perilaku yang menyimpang. Penderita menjadi curiga, bersikap bermusuhan dan menjadi agresif (karena merasa yakin bahwa keluarga atau orang lain bermaksud jahat padanya). Pada penderita dengan waham nihilistik, merasa yakin dirinya tidak memiliki apapun dan tidak berguna dapat menimbulkan tindakan bunuh diri.

c. Gangguan proses pikir

Berbagai sensasi dan pikiran yang tidak biasa yang dialami penderita membuat ia menjadi bingung dan kemudian gagal berpikir dengan baik. Dalam keadaan lanjut sering dijumpai cara pasien berbicara menjadi ngawur. Pembicaraan mereka menjadi susah dimengerti, melompat dari satu topik ke topik lain yang tidak saling berhubungan. Atau pasien seperti tiba-tiba berhenti berbicara dan sulit menyelesaikan kalimat yang telah dimulai.

d. Perilaku agresif

Dalam periode akut sering terjadi penderita menjadi pemarah tanpa sebab atau dengan sebab yang sepele. Biasanya pada penderita yang memiliki waham kejar, yang merasa yakin ada orang yang bermaksud jahat terhadapnya, merasa tidak nyaman sehingga suasana perasaannya juga menjadi kacau. Perilaku agresifnya ini dilakukan untuk mempertahankan diri rasa tidak nyaman dan rasa tidak aman. Penderita nampak marah-marah, merusak barang, hingga perilaku menyerang dan melukai diri sendiri.

e. Emosi yang datar

Dalam berinteraksi dengan orang lain, nampak kedangkalan emosi penderita. Saat merespon peristiwa atau topik yang lucu misalnya, penderita nampak tidak tertawa dan terlihat biasa saja. Demikian juga saat penderita dihadapkan pada peristiwa yang menyedihkan, emosinya tetap nampak datar. Kondisi ini sering dijumpai pada keadaan lanjut.

f. Menarik diri

Penderita menjadi menarik diri dalam kehidupan social serta tidak memiliki motivasi atau inisiatif untuk melakukan sesuatu. Minat dan hobi menurun. Penderita tidak tertarik terhadap kegiatan yang sebelumnya sangat senang dilakukan, terhadap kejadian sehari-hari termasuk terhadap berita-berita yang aktual. Ia Nampak

asyik dengan dirinya sendiri. Akibatnya terjadi kemunduran dalam mutu kehidupan sosial penderita. Kualitas pekerjaan dan kinerja di sekolah menjadi turun. Dalam keadaan lanjut penderita terpaksa berhenti dari sekolah dan pekerjaannya.

g. Tidak peduli dengan perawatan diri dan kesehatan

Kemampuan penderita dalam merawat diri menjadi berkurang. Penderita malas mandi dan membersihkan diri, tidak peduli dengan pakaian yang dikenakan. Ia bahkan tidak peduli dengan kesehatannya. Banyak merokok (sebagai usaha untuk menenangkan diri), kurang bergerak, makan dan minum serta tidur menjadi tidak teratur, mengakibatkan penderita menjadi rentan menderita penyakit fisik. Tidak heran bila umur harapan hidup penderita skizofrenia jauh lebih rendah dari umur harapan hidup populasi umum.

h. Postur badan yang aneh

Memperlihatkan gerakan-gerakan motorik yang aneh atau mempertahankan tubuh pada posisi tertentu untuk jangka waktu yang lama.

Adapun menurut Daradjat, ada beberapa gejala-gejala skizofrenia, yaitu:

- a. Dingin perasaan, tak ada perhatian pada apa yang terjadi di sekitarnya. Tidak terlihat padanya reaksi emosional terhadap orang

yang terdekat kepadanya, baik emosi marah, sedih dan takut. Segala sesuatu dihadapinya dengan acuh tak acuh.

- b. Banyak tenggelam dalam lamunan yang jauh dari kenyataan, sangat sukar bagi orang untuk memahami pikirannya. Dan ia lebih suka menjauhi pergaulan dengan orang banyak dan suka menyendiri.
- c. mempunyai prasangka-prasangka yang tidak benar dan tidak beralasan, misalnya apabila ia melihat orang yang menulis atau membicarakan sesuatu, disangkanya bahwa tulisan atau pembicaraan itu ditujukan untuk mencelanya.
- d. Sering terjadi salah tanggapan atau terhentinya pikiran, misalnya orang sedang berbicara tiba-tiba lupa apa yang dikatakannya itu. Kadang-kadang dalam pembicaraan ia pindah dari suatu masalah ke masalah lain yang tak ada hubungannya sama sekali atau perkataannya tidak jelas ujung pangkalnya.
- e. Halusinasi pendengaran, penciuman atau penglihatan, dimana penderita seolah-olah mendengar, mencium atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada. Ia seakan-akan mendengar orang lain (tetangga) membicarakannya, atau melihat sesuatu yang menakutkannya.
- f. Banyak putus asa dan merasa bahwa ia adalah korban kejahatan orang banyak atau masyarakat. Merasa bahwa semua orang bersalah dan meyebabkan penderitaannya.

- g. Keinginan menjauhkan diri dari masyarakat , tidak mau bertemu dengan orang lain dan sebagainya, bahkan kadang-kadang sampai kepada tidak mau makan atau minum dan sebagainya, sehingga dalam hal ini ia harus diinjeksi supaya tertolong.

3. Jenis-jenis penyakit skizofrenia

Tipe penyakit skizofrenia dari DSM-IV-TR 2000 (dalam Videbeck, 2008) dan Irmansyah, 2009, terbagi atas beberapa tipe yaitu:

a. Skizofrenia, Tipe paranoid

Ini tipe yang paling sering dijumpai. Gejala utama dari tipe ini adalah halusinasi dan waham yang sangat dominan. Waham bias lebih dari satu, misalnya pasien merasa dirinya dimatai-matai, sekaligus merasa sebagai orang penting dan berkuasa. Halusinasi bisa terkait dengan wahamnya, misalnya penderita mendengar suara-suara yang mengatakan bahwa ia harus hati-hati karena ada yang berniat membunuhnya. Pada tipe ini jarang dijumpai adanya pikiran yang kacau atau emosi yang mendatar.

b. Skizofrenia, Tipe tidak terorganisasi (Disorganized)

Gejala yang dominan adalah pembicaraan dan perilaku yang kacau, emosi yang mendatar dan kadang sangat sulit dimengerti, misalnya tertawa ‘cekikikan’ tanpa sebab. Kekacauan perilaku membuat keluarga atau orang sekelilingnya menjadi tidak bisa mengerti dan sulit berkomunikasi dengan penderita.

c. Skizofrenia, tipe katatonik

Pada tipe ini perilaku/sikap penderita seperti ‘patung’. Penderita nampak diam, memojok dalam posisi tertentu. Sering nampak pasien tidak bergerak sama sekali untuk jangka waktu yang lama. Pasien sering terlihat berada di tempat tidur, namun jelas tidak sedang tidak tertidur. Pembicaraan sangat sedikit atau bahkan tidak ada sama sekali.

d. Skizofrenia, tipe tidak dapat dibedakan

Pada tipe ini tidak dijumpai gejala-gejala yang khas atau yang menonjol. Penderita dapat mengalami halusinasi atau delusi namun dengan kualitas dan kuantitas yang rendah. Halusinasi yang didengar tidak jelas, muncul kadang-kadang atau tidak mempengaruhi perilaku penderita. Begitu juga waham yang ada, tidak terlalu mempengaruhi perilaku penderita serta kadang-kadang penderita juga tidak terlalu yakin dengan apa yang dipikirkannya.

e. Skizofrenia, tipe Residual

Biasanya dialami oleh penderita yang telah melewati fase akut. Semua gejala utama skizofrenia tidak menonjol. Yang ada hanya sisa-sisa dari gejala. Kebanyakan adalah gejala negatif seperti menarik diri, menurunnya minat dan pendataran emosi.

4. Faktor penyebab skizofrenia

Hingga sekarang belum ditemukan penyebab (etilogi) yang pasti mengapa seseorang menderita skizofrenia. Ternyata dari berbagai penelitian-penelitian yang telah dilakukan tidak ditemukan faktor tunggal.

Secara umum dalam ilmu kedokteran jiwa dikenal tiga faktor utama sebagai penyebab gangguan *psikiatri*, yaitu: biologi dalam hal ini faktor-faktor fisik; psikologi melihat ke dalam keadaan psikologis yaitu pikiran, perasaan, perilaku dan kepercayaan; dan sosial yaitu faktor-faktor sosial disekitar penderita, mulai dari keluarga, lingkungan masyarakat sekitar hingga pada lingkungan budaya yang lebih luas (Irmansyah, 2009).

Faktor keturunan (genetik) kini dipercaya merupakan sebagai faktor resiko yang paling kuat dalam menyebabkan skizofrenia. Ini dapat dilihat dari lebih seringnya dijumpai penderita skizofrenia di dalam silsilah keluarga penderita dibandingkan dengan silsilah keluarga dari individu normal. Meski demikian genetic bukanlah satu-satunya faktor. Beberapa faktor lain, meskipun tidak terlalu kuat, diduga dapat berperan menjadi faktor resiko, diantaranya: komplikasi saat proses kelahiran, infeksi saat dalam kandungan, riwayat trauma kepala, serta infeksi pada masa kecil, tekanan dan pengalaman tramatis serta pengaruh penyalahgunaan obat *psikotropik* (narkoba) (Irmansyah, 2009).

5. Faktor-faktor yang dapat mencetuskan kekambuhan

Pasien dengan diagnosa skizofrenia diperkirakan akan kambuh 50% pada tahun pertama, 70% pada tahun kedua (Sullinger, 1988 (dalam

UIN Alauddin Makassar

Saputra, 2010)) dan 100% pada tahun kelima setelah pulang dari rumah sakit (Carson & Ross, 1987 (dalam Saputra, 2010)).

Menurut Irmansyah, 2009 ada berbagai faktor biologis, psikologis dan sosial yang dapat mencetuskan kekambuhan, diantaranya:

a. Faktor biologis:

- 1) Mengonsumsi obat-obat yang dapat merusak otak seperti narkotik dan obat berbahaya (Narkoba).
- 2) Mengalami trauma kepala, infeksi atau tumor pada otak.
- 3) Menghentikan minum obat tanpa persetujuan psikiater/dokter.

b. Faktor psikologis

- 1) Mendapatkan masalah yang berat yang membebani pikiran penderita.
- 2) Menurunnya rasa percaya diri.
- 3) Tidak melakukan konseling atau konsultasi dengan profesional sesuai anjuran.

c. Faktor lingkungan

- 1) Kritikan atau tuntutan dari keluarga yang berlebihan.
- 2) Perlakuan atau sikap keluarga yang dirasakan tidak adil.
- 3) Dukungan dan penerimaan dari keluarga dan masyarakat yang kurang.

C. Tinjauan Umum tentang Dukungan Keluarga

Keluarga merupakan unit yang paling dekat dengan klien dan merupakan “perawat utama” bagi klien. Keluarga berperan dalam

UIN Alauddin Makassar

menentukan cara atau asuhan yang diperlukan klien di rumah. Keberhasilan perawat di rumah sakit dapat sia-sia jika tidak diteruskan di rumah yang kemudian akan mengakibatkan klien harus dirawat kembali (kambuh) (Yosep, 2009). Dalam al Qur'an ALLAH Swt. berfirman:

Q.S. At-Tahriim/66: 6

يَتَأْتِيهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا قُورًا أَنفُسُهُمْ وَأَهْلِيكُمْ نَارًا وَقُودُهَا النَّاسُ وَالْحِجَارَةُ عَلَيْهَا مَلَائِكَةٌ

غِلَظُ شِدَادٍ لَا يَعْصُونَ اللَّهَ مَا أَمَرَهُمْ وَيَفْعَلُونَ مَا يُؤْمَرُونَ (6)

Terjemahannya:

Hai orang-orang yang beriman, peliharalah dirimu dan keluargamu dari api neraka yang bahan bakarnya adalah manusia dan batu; penjaganya malaikat-malaikat yang kasar, keras, dan tidak mendurhakai Allah terhadap apa yang diperintahkan-Nya kepada mereka dan selalu mengerjakan apa yang diperintahkan.

Ayat di atas memberi tuntunan kepada kaum beriman bahwa : *Hai orang-orang yang beriman, peliharalah diri kamu, antara lain dengan meneladani Nabi, dan pelihara juga keluarga kamu, yakni istri, anak-anak, dan seluruh yang berada di bawah tanggung jawab kamu, dengan membimbing dan mendidik mereka agar kamu terhindar dari api neraka yang bahan bakarnya adalah manusia-manusia yang kafir dan juga batu-batu antara lain yang dijadikan berhala-berhala. Di atasnya, yakni yang menangani neraka itu dan bertugas menyiksa penghuni-penghuninya, adalah malaikat-malaikat yang kasar-kasar hati dan perlakuannya, yang keras-keras perlakuannya dalam melaksanakan tugas penyiksaan, yang tidak mendurhakai Allah menyangkut apa yang Dia perintahkan kepada*

UIN Alauddin Makassar

mereka sehingga siksa yang mereka jatuhkan-kendati mereka kasar, tidak kurang dan tidak juga berlebih dari apa yang diperintahkan Allah, yakni sesuai dengan dosa dan kesalahan masing-masing penghuni neraka, *dan mereka* juga senantiasa dan dari saat ke saat *mengerjakan* dengan mudah apa yang *diperintahkan* Allah kepada mereka (Shihab, 2002).

Hal ini menunjukkan bahwa dakwah dan pendidikan bermula dari rumah. Sebagai orangtua harus memberikan pendidikan agama kepada anak-anaknya agar mereka senantiasa beriman kepada Allah Swt. Sehingga ketika mereka ada masalah, mereka yakin masalah itu adalah ujian dari Allah.

Walaupun secara redaksional ayat tersebut tertuju pada kaum pria (ayah), itu bukan berarti hanya tertuju kepada mereka. Ayat ini tertuju kepada perempuan dan lelaki (ibu dan ayah). Ini berarti kedua orangtua bertanggung jawab terhadap anak-anak dan juga pasangan masing-masing sebagaimana masing-masing bertanggung jawab atas kelakuannya. Ayah atau ibu sendiri tidak cukup untuk menciptakan satu rumah tangga yang diliputi oleh nilai-nilai agama serta dinaungi oleh hubungan yang harmonis (Shihab, 2002). Hal ini menunjukkan bahwa dalam sebuah rumah tangga perlu menumbuhkan hubungan yang harmonis antara anggota keluarga. Apalagi ketika pasien gangguan jiwa telah kembali ke rumah. Karena lingkungan merupakan salah satu faktor pencetus terjadinya kekambuhan pada pasien gangguan jiwa yang jika tidak dapat ditangani keluarga akan berujung pada perawatan berulang pasien gangguan jiwa.

Begitupun dengan pasien gangguan jiwa, keluarga yang merupakan orang terdekat dari pasien harus senantiasa mengingatkan pasien setiap saat untuk berdzikir kepada Allah Swt dan keluarga juga memberikan contoh kepada pasien dalam beribadah. Disamping itu keluarga senantiasa menciptakan hubungan yang harmonis agar pasien menganggap bahwa keberadaannya masih diharapkan dalam keluarga dan menjadikan pasien kembali percaya diri. Keluarga juga harus mampu memberikan pengertian kepada masyarakat di lingkungan sekitarnya bahwa anggota keluarganya yang sakit butuh dukungan dari mereka.

Menurut Kumfo, 1995 (dalam Videbeck, 2008), Perawat sebagai sumber dukungan sosial dapat menjadi faktor kunci dalam penyembuhan klien penderita gangguan jiwa. Walaupun anggota keluarga tidak selalu merupakan sumber positif dalam kesehatan jiwa, mereka paling sering menjadi bagian dalam penyembuhan.

Anggota keluarga sangat membutuhkan dukungan dari keluarganya karena hal ini akan membuat individu tersebut merasa dihargai dan anggota keluarga siap memberikan dukungan untuk menyediakan bantuan dan tujuan hidup yang ingin dicapai individu (Friedman, 1988 (dalam Saputra, 2010)).

Individu yang mendapat dukungan emosional dan fungsional terbukti lebih sehat daripada individu yang tidak mendapat dukungan (Buchanan, 1995 (dalam Videbeck, 2008)).

Saronson, 1991 (dalam Masbow, 2009), menerangkan bahwa dukungan sosial dapat dianggap sebagai sesuatu keadaan yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh dari orang lain yang dapat dipercaya. Dari keadaan tersebut individu akan mengetahui bahwa orang lain memperhatikan, menghargai, dan mencintainya.

Dukungan sosial keluarga dapat berupa dukungan sosial keluarga internal, seperti dukungan dari suami/istri, atau dukungan dari saudara kandung atau dukungan sosial keluarga eksternal bagi keluarga inti (dalam jaringan kerja sosial keluarga). Sebuah jaringan sosial keluarga secara sederhana adalah jaringan kerja sosial keluarga itu sendiri (Friedman, 1998 (dalam Akhmadi, 2009)).

House (dalam Lestari, 2007), membedakan dukungan sosial atau dukungan keluarga ke dalam empat bentuk, yaitu :

- a. Dukungan emosional : mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan.
- b. Dukungan penghargaan: terjadi melalui ungkapan penghargaan positif untuk orang tersebut, dorongan maju atau persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu.
- c. Dukungan instrumental: mencakup bantuan langsung, seperti memberikan bantuan berupa uang, barang, dan sebagainya.
- d. Dukungan informatif: mencakup pemberian nasehat, petunjuk-petunjuk, saran ataupun umpan balik.

Menurut Friedman, 1998 (dalam Akhmadi, 2009), dukungan keluarga dapat diberikan dalam beberapa bentuk, yaitu:

- a. Dukungan informasional adalah keluarga berfungsi sebagai sebuah keluarga diseminator atau penyebar informasi tentang semua informasi yang ada dalam kehidupan
- b. Dukungan penghargaan adalah jenis dukungan dimana keluarga bertindak sebagai pembimbing dan bimbingan umpan balik, memecahkan masalah dan sebagai sumber validator identitas anggota dalam keluarga
- c. Dukungan instrumental adalah bentuk dukungan dimana keluarga sebagai sebuah sumber pertolongan praktis dan kongkrit untuk menyelesaikan masalah
- d. Dukungan emosional adalah bentuk dukungan dimana keluarga sebagai sebuah tempat pemulihan yang aman dan damai untuk beristirahat dan membantu secara psikologis untuk menstabilkan emosi dan mengendalikan diri.

Sedangkan Cohen dan Mc Kay, 1984 (dalam Saputra, 2010) membagi bentuk-bentuk dukungan keluarga sebagai berikut :

- a. Dukungan Emosional

Dukungan emosional memberikan pasien perasaan nyaman, merasa dicintai meskipun saat mengalami suatu masalah, bantuan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga individu yang menerimanya merasa berharga. Pada dukungan emosional ini

UIN Alauddin Makassar

keluarga menyediakan tempat istirahat dan memberikan semangat kepada pasien yang dirawat di rumah atau rumah sakit jiwa. Jenis dukungan bersifat emosional atau menjaga keadaan emosi atau ekspresi. Yang termasuk dukungan emosional ini adalah ekspresi dari empati, kepedulian, dan perhatian kepada individu. Memberikan individu perasaan yang nyaman, jaminan rasa memiliki, dan merasa dicintai saat mengalami masalah, bantuan dalam bentuk semangat, kehangatan personal, cinta, dan emosi. Jika stres mengurangi perasaan seseorang akan hal yang dimiliki dan dicintai maka dukungan dapat menggantikannya sehingga akan dapat menguatkan kembali perasaan dicintai tersebut. Apabila dibiarkan terus menerus dan tidak terkontrol maka akan berakibat hilangnya harga diri.

b. Dukungan Informasi

Dukungan ini meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk didalamnya memberikan solusi dari masalah yang dihadapi pasien di rumah atau rumah sakit jiwa, memberikan nasehat, pengarahan, saran, atau umpan balik tentang apa yang dilakukan oleh seseorang. Keluarga dapat menyediakan informasi dengan menyarankan tempat, dokter, dan terapi yang baik bagi dirinya dan tindakan spesifik bagi individu untuk melawan stressor. Pada dukungan informasi keluarga sebagai penghimpun informasi dan pemberi informasi.

c. Dukungan Nyata

Dukungan ini meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan finansial dengan menyediakan dana untuk biaya pengobatan, dan material berupa bantuan nyata (*Instrumental Support/ material Support*), suatu kondisi dimana benda atau jasa akan membantu memecahkan masalah kritis, termasuk didalamnya bantuan langsung seperti saat seseorang membantu pekerjaan sehari-hari, menyediakan informasi dan fasilitas, menjaga dan merawat saat sakit serta dapat membantu menyelesaikan masalah. Pada dukungan nyata, keluarga sebagai sumber untuk mencapai tujuan praktis. Meskipun sebenarnya, setiap orang dengan sumber-sumber yang tercukupi dapat memberi dukungan dalam bentuk uang atau perhatian yang bertujuan untuk proses pengobatan. Akan tetapi, dukungan nyata akan lebih efektif bila dihargai oleh penerima dengan tepat. Pemberian dukungan nyata berakibat pada perasaan ketidakadekuatan dan perasaan berhutang, malah akan menambah stresss individu.

d. Dukungan Pengharapan

Dukungan pengharapan merupakan dukungan berupa dorongan dan motivasi yang diberikan keluarga kepada pasien. Dukungan ini merupakan dukungan yang terjadi bila ada ekspresi penilaian yang positif terhadap individu. Pasien mempunyai seseorang yang dapat diajak bicara tentang masalah mereka, terjadi melalui ekspresi

penghargaan positif keluarga kepada pasien, penyemangat, persetujuan terhadap ide-ide atau perasaan pasien. Dukungan keluarga ini dapat membantu meningkatkan strategi koping pasien dengan strategi-strategi alternatif berdasarkan pengalaman yang berfokus pada aspek-aspek positif.

Dalam dukungan pengharapan, kelompok dukungan dapat mempengaruhi persepsi pasien akan ancaman. Dukungan keluarga dapat membantu pasien mengatasi masalah dan mendefinisikan kembali situasi tersebut sebagai ancaman kecil dan keluarga bertindak sebagai pembimbing dengan memberikan umpan balik dan mampu membangun harga diri pasien.

Menurut Irmansyah (2009) ada beberapa hal yang perlu dilakukan keluarga dalam menghadapi keluarga yang menderita gangguan jiwa:

- a. Memastikan penderita minum obat dengan teratur
- b. Memotivasi dan membawa penderita untuk kontrol ke dokter secara teratur
- c. Memberi dukungan, kehangatan dan perhatian pada penderita.
- d. Menerima keadaan penderita apa adanya, tidak selalu menyalahkan atau mengucilkan penderita.
- e. Melibatkan penderita pada kegiatan atau pekerjaan sesuai dengan kemampuan penderita.
- f. Menyerahkan beberapa tanggung jawab yang sesuai dengan keadaan penderita

- g. Sedapat mungkin menghindari terjadinya masalah kehidupan yang terlalu berat bagi penderita yang dapat menimbulkan tekanan (stres) pada penderita.

Hal sebaliknya bisa terjadi, yaitu keluarga dapat menjadi sumber tekanan dan pencetus kekambuhan. Karenanya beberapa hal di bawah ini harus dihindari:

- a. Membebani kondisi emosional penderita yang sudah rapuh dengan melontarkan kritikan atau memarahi penderita.
- b. Terlalu dominan dan tidak memberi kesempatan penderita untuk berkembang.
- c. Banyak keluarga yang merasa penderita sudah tidak mempunyai kemampuan apapun hingga membuat keluarga mengambil alih tugas keseharian penderita, misalnya melarang penderita melakukan hal apapun, memanjakan penderita dan memberikan apapun yang diinginkan, selalu berada bersama penderita sepanjang waktu (dengan maksud untuk mengawasi)
- d. Memaksakan penderita untuk melakukan yang sulit dilakukan
Mengubah dosis obat, cara pemberian atau menghentikan pengobatan tanpa berkonsultasi dengan dokter
- e. Mengucilkan penderita dari kehidupan sosial, misalnya tidak mengikutkan penderita pada acara keluarga, melarang penderita untuk menerima tamu.

f. Menyalahkan penderita, diri sendiri, atau pihak lain sebagai penyebab terjadinya penyakit yang diderita. Ini dapat menimbulkan kemarahan atau menimbulkan beban psikologis pada penderita (Irmansyah, 2009)

Wills, 1985 (dalam Akhmadi, 2009) menyimpulkan bahwa baik efek-efek penyangga (dukungan sosial menahan efek-efek negatif dari stres terhadap kesehatan) dan efek-efek utama (dukungan sosial secara langsung mempengaruhi akibat-akibat dari kesehatan) pun ditemukan.

Sesungguhnya efek-efek penyangga dan utama dari dukungan sosial terhadap kesehatan dan kesejahteraan boleh jadi berfungsi bersamaan. Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit dan dikalangan kaum tua, fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi.

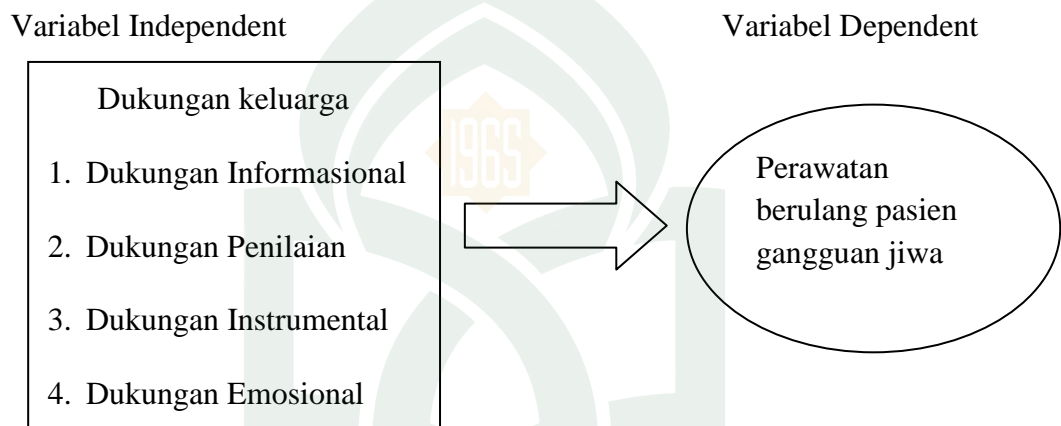


BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Konsep Penelitian

Berdasarkan landasan teori yang telah diuraikan pada tinjauan pustaka, maka kerangka konsep penelitian ini dapat digambarkan seperti berikut :



B. Variabel Penelitian

1. Klasifikasi variabel penelitian.

a. Variabel Independent (variabel bebas)

Variabel independent (variabel bebas) merupakan variabel yang menjadi sebab timbulnya atau berubahnya variabel dependent (variabel terikat). Sehingga variabel independent dapat dikatakan sebagai variabel yang mempengaruhi (Riwidikdo, 2009) . Pada penelitian ini variabel independennya adalah Dukungan Keluarga yaitu dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental, dan dukungan emosional.

b. Variabel dependent (variabel terikat)

Variabel dependent (variabel terikat) merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat, karena adanya variabel independent (bebas) (Riwidikdo, 2009). Variabel dependent pada penelitian ini adalah perawatan berulang pasien gangguan jiwa.

2. Defenisi Konseptual

a. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah suatu persepsi mengenai bantuan yang berupa perhatian, penghargaan, informasi, nasehat maupun materi yang diterima pasien skizofrenia dari anggota keluarga lainnya dalam rangka menjalankan fungsi atau tugas yang terdapat di dalam sebuah keluarga.

1) Dukungan emosional

Dukungan Emosional mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap pasien gangguan jiwa. Ketersediaan untuk mendengarkan keluhan pasien akan memberikan dampak positif sebagai sarana pelepasan emosi, mengurangi kecemasan, membuat pasien merasa nyaman tenteram, diperhatikan, serta dicintai

2) Dukungan penghargaan

Dukungan penghargaan terjadi lewat ungkapan penghargaan yang positif untuk individu, dorongan maju atau persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu, dan perbandingan positif individu dengan individu lain.

3) Dukungan informatif

Dukungan Informatif mencakup pemberian nasehat, petunjuk-petunjuk, saran-saran, informasi atau umpan balik serta memberikan dukungan spritual. Dukungan ini membantu individu mengatasi masalah dengan cara memperluas wawasan dan pemahaman individu terhadap masalah yang dihadapi.

4) Dukungan instrumental

Dukungan instrumental mencakup bantuan langsung, seperti memberikan bantuan berupa uang, barang, dan sebagainya.

b. Perawatan berulang pasien gangguan jiwa.

Suatu keadaan dimana pasien menunjukkan gejala yang sama seperti sebelumnya dan mengakibatkan pasien harus dirawat kembali di rumah sakit jiwa.

3. Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif

a. Dukungan keluarga

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit yang meliputi dukungan emosional, penghargaan, informatif, dan Instrumental.

1) Dukungan Emosional

Yang dimaksud dukungan emosional dalam penelitian ini adalah memberikan pasien perasaan nyaman, merasa dicintai meskipun saat mengalami suatu masalah. Bantuan yang diberikan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga

individu yang menerimanya merasa berharga dan memberikan nasehat dan mengajarkan cara untuk berdzikir kepada Allah Swt.

Kriteria objektif:

0-4 : Dukungan kurang

5-8 : Dukungan cukup

9-12 : Dukungan baik

2) Dukungan penghargaan

Yang dimaksud dukungan penghargaan dalam penelitian ini adalah dorongan dan motivasi yang diberikan anggota keluarga terhadap pasien gangguan jiwa.

Kriteria objektif:

0-4 : Dukungan kurang

5-8 : Dukungan cukup

9-12 : Dukungan baik

3) Dukungan informatif

Yang dimaksud dukungan Informasi dalam penelitian ini adalah meliputi komunikasi, tanggung jawab bersama dan memberikan solusi tentang masalah, pengarahan dan saran atau umpan balik yang dilakukan pasien.

Kriteria objektif:

0-4 : Dukungan kurang

5-8 : Dukungan cukup

9-12 : Dukungan baik

4) Dukungan instrumental

Yang dimaksud dukungan Instrumental dalam penelitian ini adalah dukungan jasmaniah berupa pelayanan bantuan finansial dan materi

Kriteria objektif:

0-3 : Dukungan kurang

4-6 : Dukungan cukup

7-9 : Dukungan baik

b. Perawatan berulang pasien gangguan jiwa.

Perawatan berulang yang di maksud dalam penelitian ini yaitu pasien yang pernah mendapat perawatan di rumah sakit dan menunjukkan gejala yang sama seperti sebelumnya yang menyebabkan kembali mendapatkan perawatan di rumah sakit jiwa.

Kriteria Objektif:

1 kali : Rendah

2 kali : Sedang

Lebih 2 kali : Tinggi

C. Hipotesis Penelitian

1. Hipotesis Mayor

Ada Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Perawatan Berulang Pasien Gangguan Jiwa.

2. Hipotesis Minor

- a. Ada hubungan dukungan Informasional keluarga dengan perawatan berulang pasien gangguan jiwa..
- b. Ada hubungan dukungan penghargaan keluarga dengan perawatan berulang pasien gangguan jiwa.
- c. Ada hubungan dukungan Instrumental keluarga dengan perawatan berulang pasien gangguan jiwa.
- d. Ada hubungan Dukungan Emosional keluarga dengan kejadian perawatan berulang pasien gangguan jiwa.



BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah desain *studi korelasional* dengan pendekatan *Cross Sectional* yaitu jenis penelitian yang menekankan pada waktu pengukuran/observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali, pada satu saat (Nursalam, 2003). Dalam penelitian ini tujuannya adalah untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dengan perawatan berulang pasien gangguan jiwa di Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Provinsi Sulawesi Selatan.

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga yang memiliki anggota penderita gangguan jiwa di RSKD Provinsi Sulawesi Selatan.

2. Sampel

Sampel terdiri dari bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2003). Pada penelitian ini jumlah sampel yang digunakan adalah 35 sampel.

C. Teknik Sampling

Pada penelitian ini, peneliti mengambil sampel dengan cara “*accidental sampling*” yaitu mengambil sampel secara sembarang (kapanpun dan dimanapun menemukan) asal memenuhi syarat sebagai sampel dari populasi tertentu.

Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah sesuai yang memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Kriteria Inklusi :

- a. Keluarga pasien yang bersedia dijadikan responden
- b. Keluarga yang memiliki anggota penderita gangguan jiwa yang serumah dengan pasien.
- c. Keluarga yang memiliki anggota penderita gangguan jiwa telah 2x masuk di RSKD Provinsi Sul-Sel.
- d. Keluarga pasien yang dapat diajak untuk berkomunikasi

2. Kriteria Eksklusi

- a. Keluarga pasien yang tidak bersedia dijadikan responden
- b. Keluarga yang memiliki anggota penderita gangguan jiwa yang tidak serumah dengan pasien.
- c. Keluarga pasien yang tidak dapat berkomunikasi secara lisan/tulisan.

D. Pengumpulan Data

1. Instrumen Penelitian

Pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Dimana instrument yang digunakan untuk variabel dukungan

keluarga dan perawatan berulang pasien gangguan jiwa, dibuat sendiri oleh peneliti berdasarkan kuesioner dalam skripsi Saputra dan berbentuk kuesioner dengan menggunakan skala *likert*

a. Kuesioner Data Demografi (KDD)

Digunakan untuk mengkaji data demografi responden yang meliputi kode responden (inisial), umur, jenis kelamin, hubungan keluarga dengan pasien, status, agama, tingkat pendidikan, pekerjaan dan penghasilan.

b. Kuesioner Dukungan Keluarga (KDK)

Kuesioner dukungan keluarga berisi tentang pertanyaan-pertanyaan yang meliputi 4 komponen dukungan keluarga dan terdiri dari 15 pertanyaan yaitu dukungan emosional terdiri dari 4 pertanyaan dari nomor 1-4, dukungan penghargaan terdiri dari 4 pertanyaan dari nomor 5-8, dukungan informatif terdiri dari 4 pertanyaan dari nomor 9-12, dan dukungan instrumental terdiri dari 3 pertanyaan dari nomor 13-15. Kuesioner disusun dalam bentuk pernyataan positif dengan empat pilihan alternatif jawaban yang terdiri dari Selalu, Sering, Jarang dan Tidak Pernah. Bobot nilai yang diberikan untuk setiap pertanyaan adalah 0 sampai 3, dimana jawaban Selalu bernilai 3, Sering bernilai 2, Jarang bernilai 1 dan Tidak Pernah bernilai 0.

Berdasarkan rumus statistik :

$$\text{Panjang kelas (p)} = \frac{\text{Rentang kelas}}{\text{Banyak kelas}}$$

Dengan $P = 15$ maka nilai tertinggi yang mungkin diperoleh adalah 45 dan nilai terendah yang mungkin diperoleh adalah 0, maka rentang kelas adalah 45 dengan 3 kategori banyak kelas. Maka dukungan keluarga pada pasien gangguan jiwa dikategorikan dengan interval sebagai berikut :

0-15 : Dukungan kurang

16-31 : Dukungan cukup

32-45 : Dukungan baik

Untuk kuesioner emosional nilai tertinggi yang mungkin dicapai adalah 12 dan nilai terendah adalah 0. Maka dukungan emosional terhadap pasien gangguan jiwa dikategorikan dengan interval sebagai berikut :

0-4 : Dukungan kurang

5-8 : Dukungan cukup

9-12 : Dukungan baik

Untuk kuesioner penghargaan nilai tertinggi yang mungkin dicapai adalah 12 dan nilai terendah adalah 0. Maka dukungan informasi terhadap pasien gangguan jiwa dikategorikan dengan interval sebagai berikut :

0-4 : Dukungan kurang

5-8 : Dukungan cukup

9-12 : Dukungan baik

Untuk kuesioner informatif nilai tertinggi yang mungkin dicapai adalah 12 dan nilai terendah adalah 0. Maka dukungan nyata terhadap pasien gangguan jiwa dikategorikan dengan interval sebagai berikut :

0-4 : Dukungan kurang

5-8 : Dukungan cukup

9-12 : Dukungan baik

Untuk kuesioner instrumental nilai tertinggi yang mungkin dicapai adalah 9 dan nilai terendah adalah 0. Maka dukungan nyata terhadap pasien gangguan jiwa dikategorikan dengan interval sebagai berikut :

0-3 : Dukungan kurang

4-6 : Dukungan cukup

7-9 : Dukungan baik

c. Kuesioner perawatan berulang

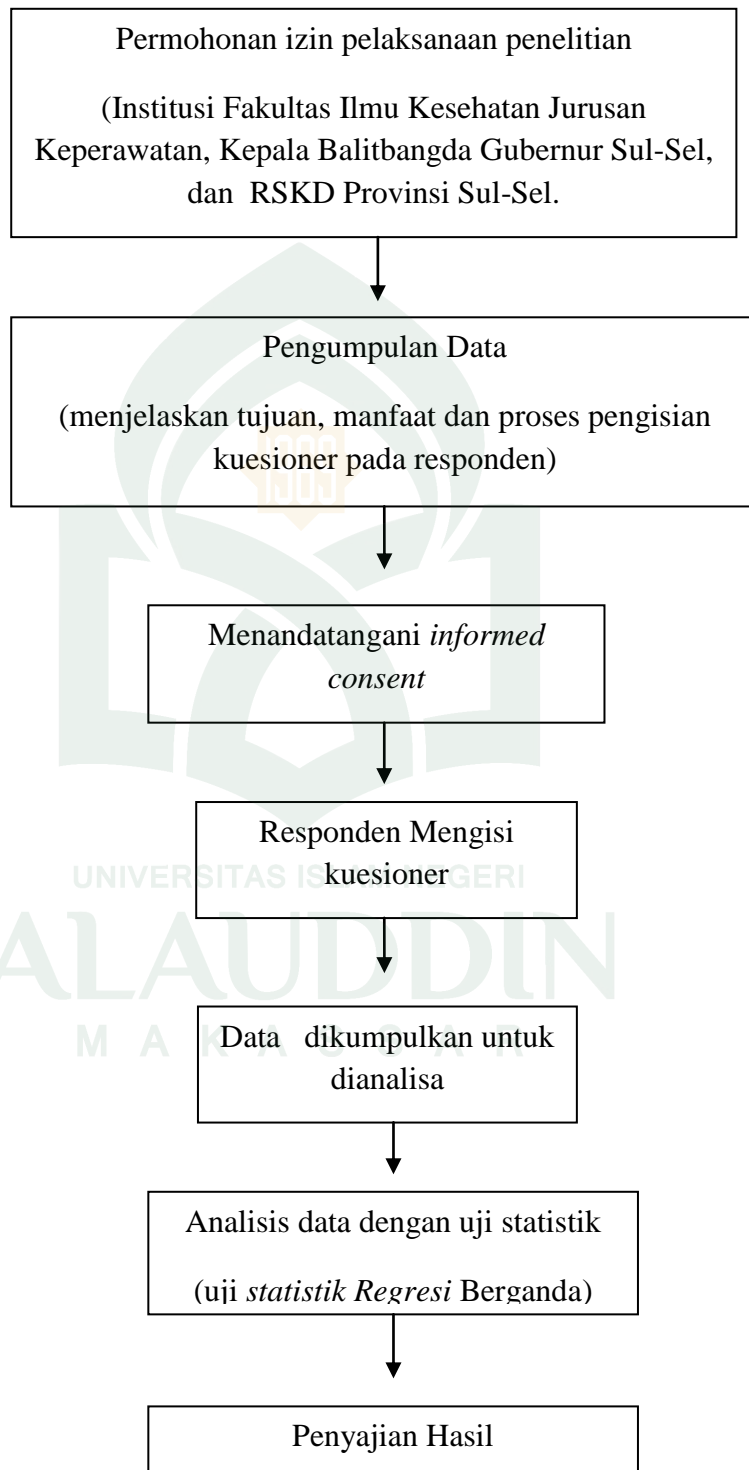
Terdiri dari 1 pertanyaan menggunakan skala rasio dengan kategori:

1 kali : Rendah

2 kali : Sedang

Lebih 2 kali : Tinggi

2. Alur Penelitian



E. Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan data

Pengolahan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

a. Editing

Proses editing setelah data terkumpul dan dilakukan dengan memeriksa kelengkapan data, kesenimbangan data dan keseragaman data.

b. Koding

Koding merupakan pemberian nilai atau kode pada data yang sudah lengkap.

c. Tabulasi

Data diolah dan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi untuk masing-masing variabel yang disertai keterangan.

2. Analisa Data

Setelah data terkumpul, selanjutnya dilakukan uji statistik. Uji statistik yang digunakan adalah univariat dan bivariat.

a. Analisis univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap tiap-tiap variabel penelitian dan menghasilkan distribusi dan persentasi dari tiap variabel yang diteliti.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap tiap-tiap variabel independen dan variabel dependen dengan menggunakan uji statistik dengan tingkat kemaknaan (α) = 0,05. Uji yang digunakan adalah uji *statistik Regresi*

berganda untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dengan perawatan berulang pasien gangguan jiwa.

F. Penyajian Data

Penyajian data dalam penelitian ini menggunakan tabel yang meliputi karakteristik responden, analisa data univariat terhadap setiap variabel untuk menghasilkan distribusi, sedangkan bivariat untuk mengidentifikasi hubungan dukungan keluarga dengan perawatan berulang pasien gangguan jiwa dan diuji dengan uji *statistik Regresi Berganda*

G. Jadwal Penelitian

1. Waktu Penelitian

Penelitian akan diadakan pada bulan 4 Maret – 22 Maret 2011

2. Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Provinsi Sulawesi Selatan yaitu di Unit Gawat Darurat Mahoni (UGD Laki-laki) dan Meranti (UGD Perempuan).

H. Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian peneliti memohon izin kepada Kepala RSKD Provinsi Sulawesi Selatan untuk mendapatkan persetujuan. Setelah mendapatkan persetujuan barulah melakukan penelitian dengan menekankan kepada masalah etika yang meliputi :

1. Lembar persetujuan menjadi responden

Lembar persetujuan diberikan kepada responden yang akan diteliti, tujuannya adalah responden mengetahui maksud dan tujuan peneliti serta dampak yang

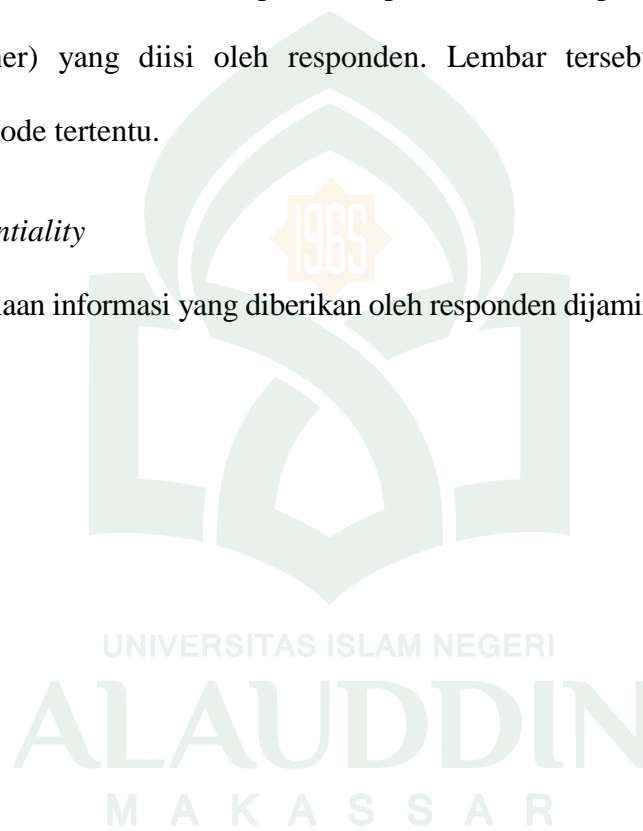
diteliti selama pengumpulan data. Jika responden bersedia diteliti, maka harus menandatangani persetujuan. Jika responden menolak untuk diteliti, maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya.

2. *Anonimaty* (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden, peneliti tidak akan mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data (kuesioner) yang diisi oleh responden. Lembar tersebut hanya diberi nomor kode tertentu.

3. *Confidentiality*

Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh responden dijamin oleh peneliti.



BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Pengantar

Pada bab ini akan diuraikan data hasil penelitian serta pembahasan mengenai hubungan antara dukungan keluarga dengan Perawatan Berulang Pasien Gangguan Jiwa di Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Provinsi Sul-Sel.

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Provinsi Sul- Sel yaitu di Unit Gawat Darurat Mahoni (UGD Laki-laki) dan Meranti (UGD Perempuan) yang terletak di jalan Lanto Dg. Pasewang dan telah dilaksanakan pada tanggal 4 Maret – 22 Maret 2011. Hasil penelitian ini diperoleh dengan menggunakan kuesioner yang dibagikan kepada setiap responden dan kemudian mengisinya langsung dengan didampingi oleh peneliti dengan jumlah responden 35 orang.

2. Karakteristik Responden

Berdasarkan Tabel 5.1 menjelaskan bahwa dari 35 responden mempunyai umur berbeda-beda. Usia responden yang paling muda 20 tahun dan yang paling tua berusia 64 tahun. Mayoritas responden berusia 20-28 tahun sebanyak 19 responden (54%) dan rata-rata berjenis kelamin laki-laki sebanyak 20 responden (57,1%). Hubungan keluarga dengan pasien paling banyak adalah adik yaitu 12 responden (34,3%) dan status

keluarga rata-rata menikah sebanyak 15 responden (42,9%) dan belum menikah sebanyak 15 responden (42,9%). Mayoritas responden beragama islam 31 responden (88,6%) dengan tingkat pendidikan adalah SMU 14 responden (40%). Sebagian besar pekerjaan responden tidak tetap atau lain-lain sebanyak 14 responden (40%) dengan penghasilan tiap bulannya Rp <1.000.000 sebanyak 25 responden (71,4%). Mayoritas pasien menderita gangguan jiwa lebih dari 1 tahun sebanyak 29 orang (82,9%).

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi dan Persentase Karakteristik Responden di RSKD Provinsi Sul-Sel 2011

Karakteristik Data Demografi	Frekuensi	Persentase (%)
Umur		
20 – 28	19	54
29 – 37	4	11,5
38 – 46	1	2,9
47 – 55	7	20,1
56 – 64	4	11,5
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	20	57,1
Perempuan	15	42,9
Hubungan Keluarga		
Ayah	3	8,6
Ibu	4	11,4
Kakak	5	14,3
Adik	12	34,3
Lain-Lain	11	31,4
Status		
Menikah	15	42,9
Belum Menikah	15	42,9
Janda/Duda	5	14,3
Agama		
Islam	31	88,6
Budha	-	-
Protestan	4	11,4
Hindu	-	-
Katolik	-	-
Tingkat Pendidikan		

Tidak Sekolah	1	2,9
SD	5	14,3
SMP	4	11,4
SMU	14	40,0
Sarjana	11	31,4
Pekerjaan		
Petani	5	14,3
Pegawai Negeri	4	11,4
Pegawai Swasta	4	11,4
Wiraswasta	8	22,9
Lain-Lain	14	40
Penghasilan		
Rp <1.000.000 Per Bulan	25	71,4
Rp 1.000.000 Per Bulan	6	17,1
Rp >1.000.000 Per Bulan	4	11,4
Lama gangguan jiwa		
< 1 Tahun	6	17,1
> 1 Tahun	29	82,9

Sumber : Data Primer 2011

3. Dukungan Keluarga terhadap Perawatan Berulang Pasien Gangguan Jiwa

a. Dukungan Emosional

Berdasarkan Tabel 5.2, sebanyak 22 responden (62,9%) memberikan dukungan emosional dalam kategori baik dan 13 responden (37,1%) memberikan dukungan emosional dalam kategori kurang kepada pasien penderita gangguan jiwa.

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi dan Persentase Dukungan Emosional
Keluarga pada Pasien Gangguan Jiwa di RSKD Provinsi Sul-Sel
2011

Dukungan Emosional	Frekuensi	Persentase (%)
Kurang	13	37,1
Baik	22	62,9
Total	35	100

Sumber : Data Primer 2011

b. Dukungan Penghargaan

Berdasarkan Tabel 5.3, dari 35 keluarga yang menjadi responden, mayoritas keluarga memberikan dukungan penghargaan dalam kategori baik sebanyak 24 responden (68,6%) dan 11 responden (31,4%) memberikan dukungan penghargaan dalam kategori kurang.

Tabel 5.3
Distribusi Frekuensi dan Persentase Dukungan Penghargaan
Keluarga pada Pasien Gangguan Jiwa di RSKD Provinsi Sul-Sel
2011

Dukungan Penghargaan	Frekuensi	Persentase (%)
Kurang	11	31,4
Baik	24	68,6
Total	35	100

Sumber : Data Primer 2011

c. Dukungan Informatif

Berdasarkan Tabel 5.4, sebagian besar responden memberikan dukungan informatif dalam kategori baik sebanyak 22 responden

(62,9%) terhadap pasien gangguan jiwa sedangkan yang memberikan dukungan informatif dalam kategori kurang sebanyak 13 responden (37,1%).

Tabel 5.4
Distribusi Frekuensi dan Persentase Dukungan Informatif
Keluarga pada Pasien Gangguan Jiwa di RSKD Provinsi Sul-Sel
2011

Dukungan Informatif	Frekuensi	Persentase(%)
Kurang	13	37,1
Baik	22	62,9
Total	35	100

Sumber : Data Primer 2011

d. Dukungan Instrumental

Berdasarkan Tabel 5.5, dari 35 keluarga yang menjadi responden, mayoritas keluarga memberikan dukungan instrumental dalam kategori baik sebanyak 18 responden (51,4%) terhadap pasien gangguan jiwa dan yang memberikan dukungan instrumental dalam kategori kurang sebanyak 17 responden (48,6%)

Tabel 5.5
Distribusi Frekuensi dan Persentase Dukungan Instrumental
Keluarga pada Pasien Gangguan Jiwa di RSKD Provinsi Sul-Sel
2011

Dukungan Instrumental	Frekuensi	Persentase (%)
Kurang	17	48,6
Baik	18	51,4
Total	35	100

Sumber : Data Primer 2011

e. Dukungan Keluarga terhadap Perawatan Berulang Pasien Gangguan Jiwa

Berdasarkan Tabel 5.6, dari 35 responden, sebagian besar keluarga memberikan dukungan dalam kategori baik sebanyak 23 responden (65,7%) dan yang memberikan dukungan dalam kategori kurang sebanyak 12 responden (34,3%).

Tabel 5.6
Distribusi Frekuensi dan Persentase Dukungan Keluarga
terhadap Pasien Gangguan Jiwa di RSKD Provinsi Sul-Sel
2011

Dukungan Keluarga	Frekuensi	Persentase (%)
Kurang	12	34,3
Baik	23	65,7
Total	35	100

Sumber : Data Primer 2011

f. Kejadian Perawatan Berulang

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa pasien gangguan jiwa mengalami perawatan berulang dalam kategori rendah sebanyak 25 orang (71,4%) sedangkan kategori tinggi sebanyak 10 orang (28,6%).

Tabel 5.7
Distribusi Frekuensi dan Persentase kejadian Perawatan Berulang
Pasien Gangguan Jiwa di RSKD Provinsi Sul-Sel
2011

Perawatan Berulang	Frekuensi	Persentase (%)
Rendah	10	28,6
Tinggi	25	71,4
Total	35	100

Sumber : Data Primer 2011

4. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Perawatan Berulang Pasien Gangguan Jiwa.

Berdasarkan hasil penelitian dan pengolahan data menggunakan uji Statistik regresi berganda menggambarkan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan keluarga terhadap perawatan berulang pasien gangguan jiwa dengan nilai signifikansi (p) 0,217 lebih besar dari tingkat kemaknaan yang digunakan yaitu (α) = 0,05.

Dukungan Keluarga terdiri dari :

a. Dukungan Emosional

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan emosional terhadap perawatan berulang pasien gangguan jiwa dengan nilai signifikansi (p) 0,988.

b. Dukungan Penghargaan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan penghargaan terhadap perawatan berulang pasien gangguan jiwa dengan nilai signifikansi (p) 0,588.

c. Dukungan Informatif

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan informatif terhadap perawatan berulang pasien gangguan jiwa dengan nilai signifikansi (p) 0,266.

d. Dukungan Instrumental

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan instrumental terhadap perawatan berulang pasien gangguan jiwa dengan nilai signifikansi (p) 0,754.

Berdasarkan kategori dengan tabulasi silang antara variabel dependent dengan variabel independent.

1) Tabulasi Silang antara Dukungan Emosional dengan perawatan berulang pasien gangguan jiwa.

Berdasarkan Tabel 5.8, di peroleh data bahwa dari responden yang mendapatkan dukungan emosional kurang sebanyak 13 orang, lebih banyak yang mengalami perawatan berulang yaitu 9 orang (69,2%) dibandingkan dengan yang jarang mengalami perawatan berulang

hanya 4 orang (30,8%). Sedangkan yang jarang kambuh yaitu 10 orang lebih banyak yang berasal dari responden yang mendapat dukungan emosional baik yaitu 6 orang (60%) dibandingkan yang mendapatkan emosional kurang sebanyak 4 orang (40%).

Tabel 5.8
Tabulasi Silang antara Dukungan Emosional dengan Perawatan Berulang Pasien Gangguan Jiwa di RSKD Provinsi Sul-Sel 2011

Variabel	Perawatan berulang		Jumlah	(p)
	Tinggi	Rendah		
Dukungan Emosional	Kurang	9 (69,2%)	4 (30,8%)	13 (100%)
	Baik	16 (72,7%)	6 (27,3)	22 (100%)
Jumlah		25 (71,4%)	10 (28,6%)	35 (100%)

Sumber: Data Primer 2011

2) Tabulasi Silang antara Dukungan Penghargaan dengan Perawatan Berulang Pasien Gangguan Jiwa.

Berdasarkan Tabel 5.9 diperoleh data bahwa dari 11 orang yang mendapat dukungan penghargaan kurang, 9 orang (81,8%) dalam kategori perawatan berulang tinggi dan 2 orang (18,2%) dalam kategori perawatan berulang rendah. Sedangkan yang jarang kambuh (rendah) yaitu 10 orang, lebih banyak yang berasal dari responden yang memberi dukungan penghargaan baik yaitu 8 orang (80%)

dibandingkan yang mendapatkan dukungan penghargaan kurang yaitu 2 orang (20%)

Tabel 5.9
Tabulasi Silang antara Dukungan Penghargaan dengan
Perawatan Berulang Pasien Gangguan Jiwa di RSKD Provinsi
Sul-Sel
2011

Variabel	Perawatan berulang		Jumlah	(p)
	Tinggi	Rendah		
Dukungan Penghargaan	Kurang	9 (81,8%)	2 (18,2%)	11 (100%)
	Baik	16 (66,7%)	8 (33,3%)	24 (100%)
Jumlah		25 (71,4)	10 (28,6%)	35 (100%)

Sumber: Data Primer 2011

3) Tabulasi Silang antara Dukungan Informatif dengan Perawatan Berulang Pasien Gangguan Jiwa.

Berdasarkan Tabel 5.10 diperoleh data bahwa dari 13 orang yang mendapatkan dukungan informatif kurang, 10 orang (76,9%) yang mengalami perawatan berulang tinggi dibandingkan yang mengalami perawatan berulang rendah yaitu 3 orang (23,1%). Sedangkan yang jarang kambuh (perawatan berulang rendah) sebanyak 10 orang, lebih banyak yang berasal dari dukungan informatif baik yaitu 7 orang

(70%) dibandingkan yang mendapatkan dukungan informatif rendah yaitu 3 orang (30%).

Tabel 5.10
Tabulasi Silang antara Dukungan Informatif dengan Perawatan Berulang Pasien Gangguan Jiwa di RSKD Provinsi Sul-Sel 2011

Variabel	Perawatan berulang		Jumlah	(p)	
	Tinggi	Rendah			
Dukungan Informatif	Kurang	10	3	13	0,709
		(76,9%)	(23,1%)	(100%)	
	Baik	15	7	22	
		(68,2%)	(31,8)	(100%)	
Jumlah		25	10	35	
		(71,4)	(28,6%)	(100%)	

Sumber: Data Primer 2011

4) Tabulasi Silang antara Dukungan Instrumental dengan Perawatan Berulang Pasien Gangguan Jiwa.

Berdasarkan Tabel 5.11 diperoleh data bahwa dari 17 orang yang mendapatkan dukungan instrumental kurang, 14 orang (82,4%) yang mengalami perawatan berulang tinggi dibandingkan dengan yang mengalami perawatan berulang rendah yang hanya 3 orang (17,6%). Sedangkan yang jarang kambuh (perawatan berulang rendah) sebanyak 10 orang, lebih banyak yang berasal dari dukungan instrumental baik

yaitu 7 orang (70%) dibandingkan yang mendapatkan dukungan instrumental kurang yaitu 3 orang (30%).

Tabel 5.11
Tabulasi Silang antara Dukungan Instrumental dengan Perawatan Berulang Pasien Gangguan Jiwa di RSKD Provinsi Sul-Sel 2011

Variabel	Perawatan berulang		Jumlah	(p)
	Tinggi	Rendah		
Dukungan Instrumental	Kurang	14 (82,4%)	3 (17,6%)	17 (100%)
	Baik	11 (61,1%)	7 (38,9%)	18 (100%)
Jumlah		25 (71,4)	10 (28,6%)	35 (100%)

Sumber: Data Primer 2011

5) Tabulasi Silang antara Dukungan Keluarga dengan Perawatan Berulang Pasien Gangguan Jiwa.

Berdasarkan Tabel 5.12, menunjukkan bahwa dari 12 orang yang mendapatkan dukungan keluarga kurang, 10 orang (83,3%) yang mengalami perawatan berulang tinggi dan 2 orang (16,7%) yang mengalami perawatan berulang rendah. Sedangkan yang jarang kambuh (perawatan berulang rendah) sebanyak 10 orang, lebih banyak yang berasal dari dukungan keluarga baik yaitu 8 orang (80%)

dibandingkan dengan yang mendapatkan dukungan keluarga kurang yaitu 2 orang (20%).

Tabel 5.12
Tabulasi Silang antara Dukungan Keluarga dengan Perawatan Berulang Pasien Gangguan Jiwa di RSKD Provinsi Sul-Sel 2011

Variabel	Perawatan berulang		Jumlah	(p)	
	Tinggi	Rendah			
Dukungan Keluarga	Kurang	10	2	12	0,434
		(83,3%)	(16,7%)	(100%)	
	Baik	15	8	23	
		(65,2%)	(34,8%)	(100%)	
Jumlah		25	10	35	
		(71,4)	(28,6%)	(100%)	

Sumber: Data Primer 2011

B. Pembahasan

1. Dukungan Keluarga dengan Perawatan Berulang Pasien Gangguan Jiwa

a. Dukungan Emosional

Dukungan Emosional yaitu ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap pasien gangguan jiwa. Kesiapan untuk mendengarkan keluhan pasien akan memberikan dampak positif sebagai sarana pelepasan emosi, mengurangi kecemasan, membuat

pasien merasa nyaman tenteram, diperhatikan, serta dicintai. Berdasarkan analisis *regresi* berganda yang artinya tidak ada hubungan antara dukungan emosional dengan perawatan berulang pasien gangguan jiwa. Tapi dapat dilihat dalam tabel tabulasi data yang hasilnya menunjukkan bahwa dari 13 orang yang mendapatkan dukungan emosional rendah lebih banyak yang mengalami perawatan berulang yaitu 9 orang (69,2%) dibandingkan dengan yang jarang mengalami perawatan berulang hanya 4 orang (30,8%). Sedangkan yang jarang kambuh yaitu 10 orang lebih banyak yang berasal dari kategori dukungan emosional baik yaitu 6 orang (60%) dibandingkan yang mendapat dukungan emosional kurang sebanyak 4 orang (40%). Hal ini menunjukkan bahwa pemberian empati, kepedulian terhadap pasien gangguan jiwa mengurangi tingkat kekambuhan bagi pasien. Semakin kurang dukungan emosional yang diberikan keluarga, tingkat kekambuhan pasienpun semakin meningkat. Dukungan yang dimiliki oleh seseorang dapat mencegah berkembangnya masalah akibat tekanan yang dihadapi. Ini sesuai dengan teori yang dikemukakan Taylor, 1995 (dalam Ambari, 2010) Seseorang dengan dukungan yang tinggi akan lebih berhasil menghadapi dan mengatasi masalahnya dibanding dengan yang tidak memiliki dukungan. Berdasarkan data demografi mayoritas responden berusia 20-28 tahun yang mempunyai hubungan keluarga dengan pasien sebagai

adik, hal ini menunjukkan masih kurangnya dukungan emosional dari keluarga yang lebih tua.

b. Dukungan Penghargaan

Berdasarkan analisis *regresi* berganda yang artinya tidak ada hubungan antara dukungan penghargaan dengan perawatan berulang pasien gangguan jiwa. Tapi dapat dilihat dalam tabel tabulasi data yang hasilnya menunjukkan bahwa dari 11 orang yang mendapat dukungan penghargaan kurang, 9 orang (81,8%) dalam kategori perawatan berulang tinggi dan 2 orang (18,2%) dalam kategori perawatan berulang rendah. Sedangkan yang jarang kambuh (rendah) yaitu 10 orang, lebih banyak yang berasal dari responden yang memberi dukungan penghargaan baik yaitu 8 orang (80%) dibandingkan yang mendapatkan dukungan penghargaan kurang yaitu 2 orang (20%). Hal ini menunjukkan bahwa keluarga yang memberikan motivasi yang optimal, mendorong pasien untuk sembuh dan meningkatkan harga diri pasien dapat mengurangi terjadinya perawatan berulang. Keluarga bisa menjadi pendorong keberhasilan pengobatan maupun bisa menjadi penyebab gagalnya suatu proses pengobatan, misalnya karena terbentur oleh masalah keuangan dan lingkungan keluarga yang mendukung kesembuhan pasien (Gamayanti, 2002).

Keluarga harus dapat menerima kenyataan bahwa apa yang di alami oleh pasien merupakan suatu penyakit dan tetap

berkomunikasi dengan baik, Tindakan kasar, bentakan, atau mengucilkan malah akan membuat penderita semakin depresi bahkan cenderung bersikap kasar. Akan tetapi, terlalu memanjakan juga tidak baik. Keluarga harus membantu menumbuhkan sikap mandiri dalam diri penderita dan harus sabar, karena penyakit skizofrenia sulit disembuhkan (Saputra, 2010).

c. Dukungan Informatif

Berdasarkan analisis *regresi* berganda yang artinya tidak ada hubungan antara dukungan penghargaan dengan perawatan berulang pasien gangguan jiwa. Tapi dapat dilihat dalam tabel tabulasi data yang hasilnya menunjukkan bahwa dari 13 orang yang mendapatkan dukungan informatif kurang, 10 orang (76,9%) yang mengalami perawatan berulang tinggi dibandingkan yang mengalami perawatan berulang rendah yaitu 3 orang (23,1%). Sedangkan yang jarang kambuh (perawatan berulang rendah) sebanyak 10 orang, lebih banyak yang berasal dari dukungan informatif baik yaitu 7 orang (70%) dibandingkan yang mendapatkan dukungan informatif rendah yaitu 3 orang (30%). Keluarga merupakan orang yang paling terdekat dengan pasien dan merupakan perawat utama setelah pasien pulang dari rumah sakit. Keberhasilan perawat di rumah sakit dapat sia-sia jika tidak diteruskan di rumah yang kemudian akan mengakibatkan klien harus dirawat kembali (kambuh) (Yosep, 2009). Kurangnya

informasi tentang penyakit yang diderita orang-orang yang dicintainya menyebabkan beberapa anggota keluarga merasa malu dan ketakutan terhadap perilaku pasien yang mengancam. Hal ini mengakibatkan anggota keluarga makin menjauh dari pasien itu sendiri sehingga dukungan informatif yang seharusnya diberikan kepada pasien makin tidak optimal. Penelitian yang dilakukan oleh Arif, (2006) mengatakan bahwa secara umum keluarga masih kurang memiliki informasi-informasi yang adekuat tentang skizofrenia, perjalanan penyakitnya dan bagaimana tatalaksana untuk mengupayakan rehabilitasi bagi pasien sehingga kekambuhan (perawatan berulang) sangat tinggi pada pasien gangguan jiwa.

d. Dukungan Instrumental.

Berdasarkan analisis *regresi* berganda yang digunakan ditemukan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan penghargaan dengan perawatan berulang pasien gangguan jiwa. Tapi dapat dilihat dalam tabel tabulasi data yang hasilnya menunjukkan bahwa dari 17 orang yang mendapatkan dukungan instrumental kurang, 14 orang (82,4%) yang mengalami perawatan berulang tinggi dibandingkan dengan yang mengalami perawatan berulang rendah yang hanya 3 orang (17,6%). Sedangkan yang jarang kambuh (perawatan berulang rendah) sebanyak 10 orang, lebih banyak yang berasal dari dukungan instrumental baik yaitu 7

orang (70%) dibandingkan yang mendapatkan dukungan instrumental kurang yaitu 3 orang (30%). Ini menunjukkan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi kesembuhan pasien gangguan jiwa adalah keadaan ekonomi keluarga. Tindakan keluarga yang sangat penting ketika pasien gangguan jiwa kembali ke rumah yaitu keluarga harus membawa pasien gangguan jiwa untuk kontrol di rumah sakit ataupun dokter psikologis secara teratur, hal ini untuk mencegah terjadinya perawatan berulang bagi pasien. Menurut Tarjum, 2004 (dalam Saputra, 2010), hal utama yang dibutuhkan oleh pasien gangguan jiwa adalah perhatian, pengertian, dukungan atau perasaan cinta dan kasih sayang dari keluarga atau orang-orang terdekat sehingga proses penyembuhan penderita gangguan jiwa berjalan dengan baik.

2. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Perawatan Berulang Pasien Gangguan Jiwa.

Berdasarkan uji statistik regresi berganda dalam penelitian ini didapatkan nilai signifikansi (p) 0,217 lebih besar dari tingkat kemaknaan yang digunakan yaitu (α) 0,05 ini berarti bahwa tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan perawatan berulang pasien gangguan jiwa. Tapi dapat dilihat dalam tabel tabulasi data yang hasil menunjukkan bahwa dari 12 orang yang mendapatkan dukungan keluarga kurang, 10 orang (83,3%) yang mengalami perawatan berulang tinggi dan 2 orang (16,7%) yang mengalami perawatan berulang rendah.

Sedangkan yang jarang kambuh (perawatan berulang rendah) sebanyak 10 orang, lebih banyak yang berasal dari dukungan keluarga baik yaitu 8 orang (80%) dibandingkan dengan yang mendapatkan dukungan keluarga kurang yaitu 2 orang (20%).

Menurut Gamayanti, 2002 (dalam Saputra, 2010) untuk keberhasilan suatu pengobatan yang diberikan kepada pasien, tidak hanya mengandalkan kemampuan seorang tenaga medis dalam menentukan diagnosis dan memberikan obat yang tepat tetapi juga harus memperhatikan hal-hal lain yang dapat mempengaruhi kepatuhan pasien dalam menjalankan pengobatan, di antaranya adalah kondisi pasien itu sendiri dan pengaruh lingkungan sekitar khususnya dukungan keluarga. Ini menunjukkan bahwa bukan hanya dukungan keluarga yang mempengaruhi kesembuhan pasien tetapi ada faktor lain yang juga turut mempengaruhi.

Disamping itu salah satu faktor mencetuskan kekambuhan sehingga pasien dapat mengalami perawatan berulang adalah faktor psikologis yaitu pasien mendapatkan masalah yang berat yang membebani pikirannya (Irmansyah, 2009). Hal ini terjadi karena pasien yang tidak mampu menerima masalah itu sebagai ujian dari Allah Swt. Inilah yang menyebabkan kondisi kejiwaan pasien makin lemah. Ketika seseorang mampu menjadikan Al Qur'an sebagai pegangan hidup dan tulus menjalankan perintah Allah Swt maka kehidupannya akan semakin membaik. Walaupun diketahui bahwa pasien gangguan jiwa tidak dapat

sembuh total tetapi gejala-gejala gangguan jiwa itu sendiri dapat dihindari. Pasien yang telah membaik dapat diajarkan dan selalu diingatkan untuk mengingat kepada Allah Swt karena dengan mengingat Allah Swt hati menjadi tenang. Dalam al qur'an Allah befirman:

Q.S. Ar-Ra'd /13: 28-29

الَّذِينَ ءَامَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ
الْقُلُوبُ (28) الَّذِينَ ءَامَنُوا وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ طُوبَى لَهُمْ
وَحُسْنُ مَقَابٍ (29)

Terjemahannya:

28. (yaitu) orang-orang yang beriman dan hati mereka manjadi tenteram dengan mengingat Allah. Ingatlah, hanya dengan mengingati Allah-lah hati menjadi tenteram

29. orang-orang yang beriman dan beramal saleh, bagi mereka kebahagiaan dan tempat kembali yang baik.

Kata (ذَكَرَ) dzikr/zikir dapat mengantarkan kepada ketentraman jiwa tentu saja apabila zikir itu dimaksudkan untuk mendorong hati menuju kesadaran tentang kebesaran dan kekuasaan Allah Swt. Bukan sekedar ucapan dengan lidah (Shihab, 2002). Oleh karena itu seorang pasien gangguan jiwa ketika kembali ke rumah perlu senantiasa diingatkan untuk selalu berdzikir kepada Allah setiap saat dan keluarga harus mengajarkan pasien cara-cara berdzikir yang tidak hanya mengingat tetapi mampu menyebut nama-nama Allah, keagungan-Nya, perintah

dan larangan-Nya, surga dan Neraka-Nya dan semua yang dapat mendorong hati pasien sadar tentang kebesaran dan kekuasaan Allah Swt.

Thabâthabâ'i menggaris bawahi bahwa kata (*تَطْمَئِنُّ*) *tathma'innu/menjadi tenteram* adalah penjelasan tentang kata sebelumnya yakni *beriman*. Iman tentu saja bukan sekedar pengetahuan tentang objek iman karena pengetahuan tentang sesuatu belum mengantarkan kepada keyakinan dan ketenteraman hati. Ilmu tidak menciptakan iman. Bahkan, bisa saja pengetahuan itu melahirkan kecemasan atau bahkan pengingkaran dari yang bersangkutan seperti yang diisyaratkan oleh Q.S. an-Naml/27 : 14 yang artinya “*Dan mereka mengingkarinya karena kezaliman dan kesombongan (mereka) padahal hati mereka meyakini (kebenaran) nya.*” Memang, ada sejenis pengetahuan yang dapat melahirkan iman, yaitu pengetahuan yang disertai dengan kesadaran akan kebesaran Allah serta kelemahan dan kebutuhan mahluk-Nya. Ketika pengetahuan dan kesadaran itu bergabung dalam jiwa seseorang, ketika itu lahir ketenangan dan ketenteraman dalam jiwa (Shihab, 2002). Ini menjelaskan bahwa dalam kehidupan tidak hanya dibutuhkan pengetahuan, karena untuk apa sebuah pengetahuan jika hati tidak tenteram. Akibatnya akan melahirkan generasi-generasi bangsa yang tidak bermoral yang hanya mengejar materi. Ketika yang dikejarinya itu tidak dapat tercapai dan seseorang tidak senantiasa berdzikir kepada Allah akhirnya jiwa-jiwa mereka tidak

tenteram yang jika hal ini terus berlanjut akibatnya kondisi kejiwaan akan semakin lemah. Begitupun dengan pasien gangguan jiwa tidak hanya diberikan pengetahuan atau informasi tentang *Skizofrenia* tetapi

Kata (تَطْمَئِنُّ) *tathma'innu* menggambarkan ketenteraman hati menyebut nama Allah yang rahmat-Nya mengalahkan amarah-Nya, yang rahmat-Nya mencakup segala sesuatu. Ketenteraman hati baru dapat dirasakan bila hati yakin dan percaya bahwa ada sumber yang tidak terkalahkan yang selalu mendampingi dan memenuhi harapan (Shihab, 2002).

Ketika seseorang senantiasa berdzikir, hatinya akan selalu tenteram, jiwanya tenang dan ia yakin dan percaya bahwa segala sesuatu yang terjadi pada dirinya merupakan cobaan dari Allah Swt. Sehingga kadar Dopamin dalam tubuh akan seimbang. Begitupun dengan pasien gangguan jiwa yang kembali mengingat Allah, senantiasa mengagungkan asma Allah dan yakin bahwa penyakitnya ini merupakan cobaan dari Allah maka kadar Dopamin dalam tubuhnya yang meningkat akhirnya turun dan menjadi seimbang. Karena dzikir menjadikan hati lebih tenteram.

Adapun pasien yang mengalami suatu peristiwa-peristiwa menyakitkan dalam hidupnya, merasa di tekan, diperlakukan kasar, merasa di tolak di lingkungan keluarga maupun masyarakat dan tidak memahami petunjuk-petunjuk Allah Swt, tidak senantiasa berdzikir

mengagungkan asma Allah maka hatinya tidak akan tenteram yang menyebabkan kondisi kejiwaan pasien makin lemah. Ketika kondisi seperti itu terus dibiarkan menjadi kebiasaan, pelakunya akan mengalami stress. Reaksi stress ini akan merangsang sekresi Dopamin, yang jika terus menerus terjadi akan menyebabkan kelebihan Dopamin. Satu teori yang terkenal memperlihatkan kelebihan Dopamin sebagai faktor penyebab. Teori ini dikembangkan berdasarkan dua tipe observasi. Pertama, obat-obatan yang meningkatkan aktivitas pada sistem *Dopaminergik*, seperti *amfetamin* dan *levodopa*, kadang-kadang menyebabkan reaksi psikotik paranoid yang sama dengan *Skizofrenia* (Egan & Hyde, 2000 (dalam Videbeck, 2008)). Kedua, obat-obat yang bersifat efektif mengobati skizofrenia seperti *klorpromazin*, *haloperidol*, dan *tiotiksen* semuanya menurunkan sekresi dopamin pada ujung-ujung syaraf *dopaminergik* atau menurunkan efek dopamin pada neuron.

Disamping itu pasien gangguan jiwa telah mengkonsumsi obat-obatan seperti *klorpromazin*, *haloperidol*, dan *tiotiksen* selama mendapatkan perawatan di Rumah Sakit yang secara langsung akan mempengaruhi saraf sehingga metabolisme neurotransmitter akan terus dipengaruhi oleh obat-obatan tersebut. Ketika pasien telah kembali ke rumah keluarga harus terus mengontrol atau mendukung pasien untuk mengkonsumsi obat.

Menurut ahli psikiatri Sasanto, mengatakan bahwa banyak hal yang dapat meningkatkan kekambuhan pasien gangguan jiwa, salah satu

faktor yang paling kuat adalah pengobatan yang tidak adekuat (Sirait, 2008). Perawatan berulang pasien gangguan jiwa dapat diminimalkan atau dicegah dengan mengintegrasikan antara intervensi Farmakologis dan Nonfarmakologis. Artinya pasien dapat terhindar dari kekambuhan dan tidak mengalami perawatan berulang ketika pasien tetap teratur kontrol di rumah sakit ataupun dokter psikologis serta teratur mengkonsumsi obat-obatan yang telah di resepkan. Tetapi sebagian besar dari responden berpenghasilan Rp<1.000.000,00 dan memiliki pekerjaan yang tidak tetap sehingga kebutuhan pasien mengenai obat-obatan masih susah untuk ditebusnya. Hal ini juga didukung oleh penelitian Saifullah (2005) di Badan Pelayanan Kesehatan Jiwa Nangroe Darussalam, bahwa 95,1 % penderita gangguan jiwa yang mengalami perawatan berulang berasal dari golongan ekonomi tidak mampu.



BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan perawatan berulang pasien gangguan jiwa.
2. Tidak ada hubungan antara dukungan emosional terhadap perawatan berulang pasien gangguan jiwa.
3. Tidak ada hubungan antara dukungan penghargaan terhadap perawatan berulang pasien gangguan jiwa.
4. Tidak ada hubungan antara dukungan informatif terhadap perawatan berulang pasien gangguan jiwa.
5. Tidak ada hubungan antara dukungan instrumental terhadap perawatan berulang pasien gangguan jiwa.

B. Saran

1. **Praktek Keperawatan**

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan, perawat perlu melibatkan peran keluarga serta memberikan informasi-informasi tentang skizofrenia dan cara-cara penanganannya kepada keluarga. Serta memberikan dukungan spiritual kepada pasien gangguan jiwa dan juga meningkatkan pelayanan keperawatan komunitas yang telah ada.

2. Keluarga

Diharapkan keluarga dapat memberikan dukungan yang optimal kepada pasien, senantiasa mengontrol pengobatannya/mengonsumsi obat-obatan yang telah di resepkan dan mengajarkan untuk berdzikir kepada Allah tidak hanya dengan mengingat tetapi disertai dengan ucapan dan tingkah laku. Karena dengan berdzikir hati menjadi tenteram.

3. Pendidikan Keperawatan

Menjadi bahan masukan untuk perkuliahan agar mempersiapkan mahasiswa untuk melibatkan anggota keluarga dan masyarakat dalam memberikan asuhan keperawatan serta memberikan pendidikan *Spiritual* kepada mahasiswa.

4. Penelitian Selanjutnya

Diharapkan penelitian lebih lanjut tentang perawatan berulang pasien gangguan jiwa dengan tetap memperhatikan faktor-faktor lain (pasien, dokter, penanggung jawab pasien dan lingkungan sekitarnya (Masyarakat)) serta dengan jumlah sampel yang lebih besar sehingga didapatkan faktor-faktor apa saja yang dapat mencetuskan kekambuhan sehingga perawatan berulang dapat diminimalkan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Admin. 2008. *Pelayanan kesehatan jiwa* (<http://puskesmasba2.web.id/medical-science/diseases/pelayanan-kesehatan-jiwa.html>, di akses Selasa, 11 Oktober 2010)
- Ahkmadi, abu. 2007. *Psikologi Sosial*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Akhmadi. 2009. *Konsep Keluarga* (<http://www.rajawana.com/artikel/pendidikan-umum/391-konsep-keluarga.html>, di akses Minggu, 13 November 2010)
- Ambari, PKM. 2010. *Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Keberfungsian Sosial pada Pasien Skizofrenia Pasca Perawatan di Rumah Sakit*. Semarang : Fakultas Psikologi Universitas Diponegoro Semarang, dipublikasikan.
- AN. 2010. *Kasus gangguan jiwa ringan meningkat Sabtu* (<http://kesehatan.kompas.com/read/2010/05/01/14401261/Kasus.Gangguan.Jiwa.Ringan.Meningkat> di akses Rabu 13 Oktober 2010)
- Andriany, Alia. 2006. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Lamanya Perawatan Epidural Hematoma (EDH) Post Operatif di BLU RS DR Wahidin Sudirohusodo Makassar*. Universitas Hasanuddin, tidak dipublikasikan.
- Anonim. 2008. *Defenisi Keluarga* (<http://creasoft.files.wordpress.com>, di akses Rabu, 17 November 2010)
- Aprianawati, R.B & Sulistyorini, I.R. *Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kecemasan Ibu Hamil menghadapi Kelahiran Anak*. Universitas Muhammadiyah, dipublikasikan.
- Arif, I. S. (2006). *Skizofrenia Memahami Dinamika Keluarga Pasien*. Bandung: Refika Aditama.
- Daradjat, Zakiah. *Sakit Jiwa* (www.refleksitherapy.com, akses Senin, 25 Oktober 2010)
- Departemen Agama R.I., *Al-Qur'an dan Terjemahannya*. Jakarta: Yayasan Penyelenggara Penterjemah Al-Qur'an, 1985
- Depkes RI, 2010, *Undang- Undang Kesehatan RI No 29 tahun 1992*, Depkes RI, Jakarta

- Depkes RI. 2008. *Kesehatan Jiwa Pengaruhi Produktivitas Dan Kualitas SDM* (http://www.indonesia.go.id/id/index.php?option=com_content&task=view&id=8564&Itemid=698, di akses selasa, 11 oktober 2010)
- Erfandi. 2008. *Konsep Keluarga*. (<http://forbetterhealth.wordpress.com/2008/12/04/konsep-keluarga/>, di akses minggu, 13 November 2010)
- Hafid, Anwar. 2009. *Hubungan Kecemasan Keluarga dengan Pelaksanaan Fungsi Keluarga Penderita Gangguan Jiwa di Gawat Darurat BPRS DADI Makassar*. Universitas Islam Negeri, tidak dipublikasikan.
- Irmansyah. 2009. *Panduan Skizofrenia untuk Keluarga*. Jakarta: Perhimpunan Jiwa Sehat "Indonesian Mental Health Association
- Lestari, Kurniya. 2007. *Hubungan Antara Bentuk-Bentuk Dukungan Sosial dengan Tingkat Resiliensi Penyintas Gempa di Desa Canan, Kecamatan Wedi, Kabupaten Klaten*, dipublikasikan.
- Masbow. 2009. *Apa itu Dukungan Sosial?*. <http://www.masbow.com>, di akses Rabu, 17 November 2010)
- Masyah, Syarif Hade. 2009. *Ensiklopedia "Mukjizat Al Qur'an dan Hadis*. PT Sapta sentosa
- Mubarak, wahit Iqbal dkk. 2006. *Ilmu Keperawatan Komunitas 2*. Jakarta: Sagung Seto.
- Notoadmojo, S. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi 3. Jakarta: EGC
- Nursalam. 2003. *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Prabowo, Adhyatman. 2010. *50% Pasien skizofrenia kambuh (relaps)* <http://adhyatmanprabowo.wordpress.com/2010/05/11/50-pasien-skizofrenia-kambuh-relaps-setelah-pulang-dari-rumah-sakit-disebabkan-perlakuan-yang-salah-selama-di-rumah-atau-di-masyarakat/>, di akses Selasa, 7 Desember 2010)
- Puspitasari, Esti Perdana. 2009. *Peran Dukungan Keluarga pada Penanganan Penderita Skizofrenia*. Surakarta : Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah, dipublikasikan. Rineka Cipta.
- Riwidikdo, Handoko. 2009. *Statistik Kesehatan "Belajar Mudah Teknik Analisis Data dalam Penelitian Kesehatan"*. Jogjakarta: Mitra Cendikia

- Saputra, Nanda. 2010. *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kekambuhan Pasien Skizofrenia di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Daerah Propinsi Sumatera Utara – Medan*. Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara, (<http://repository.usu.ac.id>, di akses selasa, 07 Desember 2010, dipublikasikan)
- Shihab, Quraish M. 2002. *Tafsir Al. Misbah Vol 6, 13 dan 14*. Jakarta: Lentera Hati
- Sirait, Asima. 2008. *Pengaruh Koping Keluarga terhadap Kejadian Relaps pada Skizofrenia*. Medan: Pascasarjana Universitas Sumatra Utara, dipublikasikan.
- Sudiharto. 2007. *Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. Jakarta : EGC
- Suprajitno. 2004. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC
- Tiro, M. A. 2007. *Dasar- Dasar Statistika*. Makassar: State University of Makassar Press.
- Videbeck, Sheila L. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC
- Wulansih, S dan Widodo, A. *Hubungan antara Tingkat Pengetahuan dan Sikap Keluarga dengan Kekambuhan pada Pasien Skizofrenia di RSJD Surakarta. Berita Ilmu Keperawatan, ISSN 1979-2697, Vol. 1 No. 4 ,Desember 2008, 181-186*
- Yulian, Vinami. 2008. *Hubungan antara Support Sistem Keluarga dengan Kepatuhan Berobat Klien Rawat Jalan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta*. Surakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan, dipublikasikan.



RIWAYAT PENULIS

Nursia, Lahir di Benteng (Pinrang), 10 Januari 1989 sebagai anak terakhir dari delapan bersaudara dari pasangan Alm. **Ahmad Umar** dan **Jaisah**. Pendidikan Sekolah Dasar di SDN 118 Pinrang pada tahun 1995 dan tamat pada tahun 2001, kemudian melanjutkan pendidikan di SMP 2 Patampanua Pinrang selama 3 tahun dan menerima ijazah tamat pada tahun 2004, dan SMA 1 Patampanua Pinrang tahun 2007 pada tahun yang sama penulis melanjutkan pendidikan ke jenjang perguruan tinggi di UIN Alauddin Makassar Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan dan mendapat gelar Sarjana Keperawatan pada tahun 2011. Ditahun kedua menjadi mahasiswa ia aktif di KSR Unit 107 UIN Alauddin Makassar dan pengurus HMJ Keperawatan.

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
M A K A S S A R

LAMPIRAN-LAMPIRAN





KEMENTERIAN AGAMA
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI "ALAUDDIN" MAKASSAR
FAKULTAS ILMU KESEHATAN

KAMPUS II : JL. SULTAN ALAUDDIN No.36 Telp. 5622375-424835 (Fax 424836)

PERSETUJUAN JUDUL SKRIPSI

NAMA : NURSIA

NIM : 70300107072

JUDUL : HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DENGAN
PERAWATAN BERULANG PASIEN GANGGUAN JIWA DI RUMAH
SAKIT KHUSUS DAERAH (RSKD) PROVINSI SULAWESI SELATAN

Makassar, November 2010

Pembimbing I

SUKRIYADI, S. Kep, Ns, M. Kes
NIP.196209111988031001

Pembimbing II

MUH. HAMKA, S. Kep, Ns
NIP. 197707031997031005

Mengetahui,
Ketua Prodi Keperawatan
FIK UIN Alauddin Makassar

NURHIDAYAH, S. Kep, Ns, M. Kes
NIP. 19810405 200604 2 003

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Pembimbing penulisan skripsi Saudari **Nursia**, NIM: 70300107072, mahasiswi jurusan Keperawatan UIN Alauddin Makassar, setelah dengan seksama meneliti dan mengoreksi skripsi yang bersangkutan dengan judul “Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Perawatan Berulang Pasien Gangguan Jiwa di Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Provinsi Sulawesi Selatan”, memandang bahwa skripsi tersebut telah memenuhi syarat-syarat ilmiah dan dapat disetujui untuk diajukan ke sidang *munaqasyah*.

Demikian persetujuan ini diberikan untuk diproses lebih lanjut.

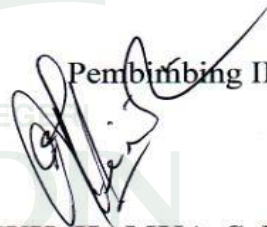
Makassar, 08 Juli 2011

Pembimbing I



SUKRIYADI, S. Kep. Ns M. Kes
NIP.196209111988031001

Pembimbing II



MUH. HAMKA, S. Kep Ns
NIP. 197707031997031005

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Judul Penelitian : Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Perawatan Berulang Pasien Gangguan Jiwa

Peneliti : Nursia

NIM : 70300107072

Saya adalah mahasiswa jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri yang melakukan penelitian dengan tujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan perawatan berulang pasien gangguan jiwa di Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Provinsi Sulawesi Selatan.

Partisipasi saudara dalam penelitian ini adalah bersifat sukarela dan tidak ada paksaan dari pihak manapun. Apabila saudara bersedia menjadi responden dalam penelitian ini maka saudara akan diberi formulir persetujuan menjadi responden untuk ditandatangani sebagai lembar persetujuan. Peneliti akan menjaga kerahasiaan identitas dan data yang responden berikan. Informasi yang responden berikan akan saya simpan seaman mungkin dan apabila dalam pemberian informasi ada yang kurang mengerti maka responden dapat menanyakannya kepada peneliti.

Terima kasih atas partisipasi saudara/i dalam penelitian ini.

Makassar, Maret 2011

Peneliti

Responden

(NURSIA)

()

KUESIONER PENELITIAN
HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PERAWATAN BERULANG
PASIEN GANGGUAN JIWA DI RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH PROVINSI
SULAWESI SELATAN

No. Responden :

Hari/ Tanggal :

I. Kuesioner Data demografi (KDD)

Petunjuk Pengisian :

Bapak/ Ibu/ saudara/i diharapkan :

1. Menjawab setiap pernyataan yang tersedia dengan memberikan tanda checklist (√) pada tempat yang tersedia.
2. Semua pernyataan harus dijawab.
3. Tiap satu pernyataan ini diisi dengan satu jawaban.
4. Bila data yang kurang dimengerti dapat ditanyakan pada peneliti.

1. Umur : Tahun

2. Jenis kelamin :

() Laki-laki () Perempuan

3. Hubungan keluarga dengan pasien :

() Ayah () Adik () Ibu () Lain-lain, sebutkan () Kakak

4. Status :

() Menikah () Belum menikah () Janda/Duda

5. Agama :

() Islam () Budha () Protestan () Hindu () Katolik

6. Tingkat Pendidikan :

() Tidak Sekolah () SMU

() SD () Sarjana

() SMP

7. Pekerjaan :

- () Petani () Wiraswasta
() Pegawai Negeri () Lain-lain, sebutkan..
() Pegawai Swasta

9. Penghasilan :

- () Rp < 1.000.000 per bulan
() Rp 1.000.000 – 1.500.000 per bulan
() Rp > 1.500.000 per bulan

10. Lama Anggota Keluarga menderita gangguan jiwa :

- () < 1 tahun () > 1 tahun

II. Kuesioner Dukungan Keluarga

Petunjuk pengisian :

1. Bacalah pernyataan ini dengan baik, kemudian berilah tanda checklist (√) pada jawaban yang sesuai dengan kondisi yang Bapak/ Ibu/ saudara/i alami.
2. Jawablah pertanyaan-pertanyaan di bawah ini dengan sejujurnya dan peneliti menjamin kerahasiaan atas jawaban yang Bapak/ Ibu/ saudara/i berikan.
3. Tiap pernyataan diisi dengan satu jawaban.

NO	PERNYATAAN	Selalu	Sering	Jarang	Tidak Pernah
1.	Keluarga datang membesuk anggota keluarga yang sakit secara rutin				
2.	Keluarga membantu menyelesaikan dan memecahkan masalah yang dihadapi pasien.				
3.	Keluarga mendampingi pasien dalam perawatan dan pengobatan				
4.	Keluarga memberikan rasa nyaman, perasaan saling memiliki dan dicintai kepada pasien.				

5.	Keluarga memotivasi pasien untuk minum obat secara teratur.				
6.	Keluarga memotivasi pasien untuk melakukan tindakan yang telah diajarkan perawat.				
7.	Keluarga memberikan pujian kepada pasien bila pasien dapat melakukan kegiatan secara tepat.				
8.	Keluarga membantu meningkatkan harga diri dan rasa percaya pasien selama perawatan sehingga pasien tetap merasa berharga dan berguna.				
9.	Keluarga membantu pasien melakukan kegiatan sesuai dengan kemampuan pasien.				
10.	Keluarga mengingatkan pasien untuk minum obat secara teratur.				
11.	Keluarga membantu pasien dengan memberikan informasi yang tepat tentang segala sesuatu yang dibutuhkan pasien selama pengobatan				
12.	Keluarga mengingatkan pasien untuk selalu berdzikir kepada Allah SWT dan melakukan sholat 5 waktu.				
13.	Keluarga menyediakan dana untuk pengobatan pasien.				
14.	Keluarga berusaha mencarikan peralatan perawatan yang pasien perlukan.				

15.	Keluarga memperhatikan kebutuhan pasien sehari-hari.				
-----	--	--	--	--	--

III. Kuesioner Perawatan Berulang

1. Petunjuk Pengisian :

Tuliskan jawaban pada tempat yang disediakan.

2. Pertanyaan :

Dalam dua tahun ini berapa kali pasien masuk rumah sakit jiwa?

(.....Kali)



Frequency

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20	3	8.6	8.6	8.6
	21	1	2.9	2.9	11.4
	22	3	8.6	8.6	20.0
	23	2	5.7	5.7	25.7
	24	3	8.6	8.6	34.3
	25	2	5.7	5.7	40.0
	26	1	2.9	2.9	42.9
	28	4	11.4	11.4	54.3
	30	1	2.9	2.9	57.1
	34	1	2.9	2.9	60.0
	35	1	2.9	2.9	62.9
	36	1	2.9	2.9	65.7
	45	1	2.9	2.9	68.6
	47	1	2.9	2.9	71.4
	49	2	5.7	5.7	77.1
	51	3	8.6	8.6	85.7
	55	1	2.9	2.9	88.6
	59	1	2.9	2.9	91.4
	60	1	2.9	2.9	94.3
	62	1	2.9	2.9	97.1
	64	1	2.9	2.9	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

Jenis_Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	20	57.1	57.1	57.1
	Perempuan	15	42.9	42.9	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

Hubungan_Keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ayah	3	8.6	8.6	8.6
	Ibu	4	11.4	11.4	20.0
	Kakak	5	14.3	14.3	34.3
	adik	12	34.3	34.3	68.6
	Lain-lain	11	31.4	31.4	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

Status

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menikah	15	42.9	42.9	42.9
	Belum Menikah	15	42.9	42.9	85.7
	Janda/Duda	5	14.3	14.3	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

Agama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Islam	31	88.6	88.6	88.6
	Protestan	4	11.4	11.4	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Sekolah	1	2.9	2.9	2.9
	SD	5	14.3	14.3	17.1
	SMP	4	11.4	11.4	28.6
	SMU	14	40.0	40.0	68.6
	Sarjana	11	31.4	31.4	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Petani	5	14.3	14.3	14.3
	Pegawai Negeri	4	11.4	11.4	25.7
	Pegawai Swasta	4	11.4	11.4	37.1
	Wiraswasta	8	22.9	22.9	60.0
	Lain-Lain	14	40.0	40.0	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

Penghasilan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rp<1.000.000 per Bulan	25	71.4	71.4	71.4
	Rp 1.000.000-1.500.000 per Bulan	6	17.1	17.1	88.6
	Rp >1.500.000 per Bulan	4	11.4	11.4	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

Lama_Menderita

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 1 Tahun	6	17.1	17.1	17.1
	> 1 Tahun	29	82.9	82.9	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

Frequency Dukungan Keluarga

Dukungan Emosional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	13	37.1	37.1	37.1
	Baik	22	62.9	62.9	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

Dukungan Penghargaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	11	31.4	31.4	31.4
	Baik	24	68.6	68.6	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

Dukungan Informatif

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	13	37.1	37.1	37.1
	Baik	22	62.9	62.9	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

Dukungan Instrumental

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	17	48.6	48.6	48.6
	Baik	18	51.4	51.4	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

Dukungan Keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	12	34.3	34.3	34.3
	Baik	23	65.7	65.7	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

Perawatan Berulang

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	25	71.4	71.4	71.4
	Rendah	10	28.6	28.6	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

Regression

Variables Entered/Removed

odel	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Dukungan Instrumental, Dukungan Informatif, Dukungan Emosional, Dukungan Penghargaan ^a		Enter

a. All requested variables entered.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.412 ^a	.170	.059	1.107

a. Predictors: (Constant), Dukungan Instrumental, Dukungan Informatif, Dukungan Emosional, Dukungan Penghargaan

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	7.534	4	1.883	1.537	.217 ^a
	Residual	36.752	30	1.225		
	Total	44.286	34			

a. Predictors: (Constant), Dukungan Instrumental, Dukungan Informatif, Dukungan Emosional, Dukungan Penghargaan

b. Dependent Variable: Perawatan Berulang

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3.667	.945		3.882	.001
	Dukungan Emosional	.002	.101	.003	.015	.988
	Dukungan Penghargaan	-.071	.131	-.150	-.547	.588
	Dukungan Informatif	-.123	.109	-.299	-1.134	.266
	Dukungan Instrumental	.030	.096	.059	.316	.754

a. Dependent Variable: Perawatan Berulang

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Dukungan Emosional * Perawatan Berulang	35	100.0%	0	.0%	35	100.0%
Dukungan Penghargaan * Perawatan Berulang	35	100.0%	0	.0%	35	100.0%
Dukungan Informatif * Perawatan Berulang	35	100.0%	0	.0%	35	100.0%
Dukungan Instrumental * Perawatan Berulang	35	100.0%	0	.0%	35	100.0%

Dukungan Emosional * Perawatan Berulang

Crosstab

			Perawatan Berulang		Total
			Tinggi	Rendah	
Dukungan Emosional	Kurang	Count	9	4	13
		% within Dukungan Emosional	69.2%	30.8%	100.0%
	Baik	Count	16	6	22
		% within Dukungan Emosional	72.7%	27.3%	100.0%
Total		Count	25	10	35
		% within Dukungan Emosional	71.4%	28.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.049 ^a	1	.825	1.000	.560
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.049	1	.825		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.048	1	.827		
N of Valid Cases	35				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,71.

b. Computed only for a 2x2 table

Dukungan Penghargaan * Perawatan Berulang

Crosstab

			Perawatan Berulang		Total
			Tinggi	Rendah	
Dukungan Penghargaan	Kurang	Count % within Dukungan Penghargaan	9 81.8%	2 18.2%	11 100.0%
	Baik	Count % within Dukungan Penghargaan	16 66.7%	8 33.3%	24 100.0%
Total		Count % within Dukungan Penghargaan	25 71.4%	10 28.6%	35 100.0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.848 ^a	1	.357	.447	.309
Continuity Correction ^b	.268	1	.604		
Likelihood Ratio	.895	1	.344		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.824	1	.364		
N of Valid Cases	35				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,14.

b. Computed only for a 2x2 table

Dukungan Informatif * Perawatan Berulang

Crosstab

			Perawatan Berulang		Total
			Tinggi	Rendah	
Dukungan Informatif	Kurang	Count % within Dukungan Informatif	10 76.9%	3 23.1%	13 100.0%
	Baik	Count % within Dukungan Informatif	15 68.2%	7 31.8%	22 100.0%
Total		Count % within Dukungan Informatif	25 71.4%	10 28.6%	35 100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.306 ^a	1	.580	.709	.440
Continuity Correction ^b	.028	1	.868		
Likelihood Ratio	.312	1	.576		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.297	1	.586		
N of Valid Cases	35				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,71.

b. Computed only for a 2x2 table

Dukungan Instrumental * Perawatan Berulang

Crosstab

			Perawatan Berulang		Total
			Tinggi	Rendah	
Dukungan Instrumental	Kurang	Count	14	3	17
		% within Dukungan Instrumental	82.4%	17.6%	100.0%
	Baik	Count	11	7	18
		% within Dukungan Instrumental	61.1%	38.9%	100.0%
Total		Count	25	10	35
		% within Dukungan Instrumental	71.4%	28.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.933 ^a	1	.164	.264	.155
Continuity Correction ^b	1.032	1	.310		
Likelihood Ratio	1.978	1	.160		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1.878	1	.171		
N of Valid Cases	35				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,86.

b. Computed only for a 2x2 table

Dukungan Keluarga * Perawatan Berulang Crosstabulation

			Perawatan Berulang		Total
			Tinggi	Rendah	
Dukungan Keluarga	Kurang	Count	10	2	12
		% within Dukungan Keluarga	83.3%	16.7%	100.0%
	Baik	Count	15	8	23
		% within Dukungan Keluarga	65.2%	34.8%	100.0%
Total		Count	25	10	35
		% within Dukungan Keluarga	71.4%	28.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.268 ^a	1	.260	.434	.236
Continuity Correction ^b	.536	1	.464		
Likelihood Ratio	1.345	1	.246		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1.232	1	.267		
N of Valid Cases	35				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,43.

b. Computed only for a 2x2 table